

elte | ppk

RendSzerTan

Addiktológiai Elméletek és Kutatások 21.

ADDIKTOLÓGIAI PROBLÉMÁK MAGYARORSZÁGON

Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében

II. Viselkedési addikciók

Szerkesztők:
Paksi Borbála és Demetrovics Zsolt






L'Harmattan

ADDIKTOLÓGIAI PROBLÉMÁK MAGYARORSZÁGON

ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar

RendSzerTan –
Addiktológai Elméletek és Kutatások

Sorozatszerkesztő:

Demetrovics Zsolt, Felvinczi Katalin és Rácz József

ADDIKTOLÓGIAI PROBLÉMÁK MAGYARORSZÁGON

HELYZETKÉP A LAKOSSÁGI KUTATÁSOK TÜKRÉBEN

SZERKESZTETTE:

PAKSI BORBÁLA – DEMETROVICS ZSOLT

II. kötet

VISELKEDÉSI ADDIKCIÓK

ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó
Budapest, 2021

A kötet elkészültét, illetve a hátterében álló kutatások (2019-es OLAAP-, illetve BLS-vizsgálat) lefolytatását elsődlegesen a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (K128604, KKP126835) támogatása tette lehetővé. Emellett, Arnold Petra munkáját az Eötvös Lóránd Kutatási Hálózat (ELKH) Támogatott Kutatócsoportok Irodája (MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport) támogatta. Demetrovics Zsolt munkájához a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (K128614; K131635, K135629, TKP2020-IKA-05) járult hozzá. Horváth Zsolt az NKFIH Tématerületi Kiválósági Program 2020 – Intézményi Kiválósági Alprogram (TKP2020-IKA-05), valamint az Innovációs és Technológiai Minisztérium (ITM) Új Nemzeti Kiválóság Programjának (ÚNKP) (ÚNKP-20-3 és ÚNKP-21-4 kódszámú) az NKFI Alapból finanszírozott támogatásában részesült. Király Orsolya és Koronczai Beatrix Bolyai János Kutatási Ösztöndíjban és az ITM ÚNKP-21-5 kódszámú az NKFI Alapból finanszírozott támogatásában részesült. Kun Bernadette munkáját a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (FK134807), Péter Lea munkáját a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar (EFOP 3.6.3-VEKOP-16-2017-00009) támogatta.

A borítón WOLSKY András alábbi munkái láthatók:
Random-etude NO'08, 2020, fa, vászon, akril, 21×21cm
Random-etude NO'13, 2020, fa, vászon, akril, 21×21cm
Random-etude NO'14, 2020, fa, vászon, akril, 21×21cm
Random-etude NO'16, 2020, fa, vászon, akril, 21×21cm

A képek „véletlen" eljárással készültek, így az alkotómunka során a vászon minden pontjának azonos esélye volt a kiválasztott bármelyik szín felvételére. A borító mintegy képi megjelenítése annak a reprezentativitásnak, ami a kötetben szereplő vizsgálatsorozatnak is fontos jellemzője.

DOI: https://doi.org/10.56037/978-963-414-870-8

ISBN 978-963-414-870-8
ISBN 978-963-414-869-2

© L'Harmattan Kiadó, 2021
© ELTE PPK, 2021
© Szerkesztők, szerzők, 2021

A tanulmányokat lektorálta: Péterfi Anna

A kiadásért felel a L'Harmattan kiadó igazgatója.

A kiadó kötetei megrendelhetők, illetve kedvezménnyel megvásárolhatók:
L'Harmattan Könyvesbolt
1053 Budapest, Kossuth L. u. 14–16.
Tel.: +36-1-267-5979
harmattan@harmattan.hu
www.harmattan.hu

Borító: Pacher Nóra
Korrektúra: Tiszóczi Tamás
Nyomdai munkák: Prime Rate Kft.

TARTALOM

Király Orsolya – Koronczai Beatrix – Demetrovics Zsolt – Paksi Borbála

PROBLÉMÁS INTERNETHASZNÁLAT

1. A PROBLÉMÁS INTERNETHASZNÁLAT ELTERJEDTSÉGE

A problémás internethasználat mértékét az OLAAP 2019 és a BLS 2019 kutatásban is a Problémás Internethasználat Kérdőív (Problematic Internet Use Questionnaire; PIUQ; Demetrovics et al., 2004, 2008) rövidített, 9 tételes változatával (Koronczai et al., 2011) mértük. A skála a problémás internethasználattal kapcsolatos függőségi tüneteket, problémákat (pl. megvonási tünetek, feladatok elhanyagolása, konfliktusok a családtagokkal az internethasználat miatt) méri.[1] A problémás internethasználattal kapcsolatos kérdéseket – szintén mindkét kutatásban – egy, az internethasználat életprevalencia- és haviprevalencia-becslését lehetővé tevő szűrőkérdés előzte meg. A PIUQ-kérdőívet csak azoktól vettük fel, akik az elmúlt 30 napban (is) interneteztek.

1.1. A problémás internethasználat elterjedtsége a felnőtt lakosság körében

A magyarországi 18–64 éves népesség 83,8%-a (±2,0) internezett már életében, és 81,6%-uk (±2,1) internetezett a kérdezést megelőző 30 napban is. A nemek között nem volt szignifikáns különbség egyik esetben sem (1. táblázat). Az elmúlt 30 napban internetezők hetente átlagosan 14,31 órát (SD=10,38) töltöttek internetezéssel. A nemi különbségek a heti internetezéssel töltött idő esetén sem szignifikánsak (férfiak = 14,67 óra (SD=10,72), nők = 14,00 óra (SD=10,08); t=1,05(1091), p=0,293).

A 18–64 éves lakosság körében a problémás internethasználat rizikójának előfordulása 5,9% (±1,3), a kérdezést megelőző 30 napon internetezők körében pedig 7,4%-os (±1,7). A férfiak és nők között nem volt szignifikáns különbség ebből a szempontból sem ($\chi^2(2)=3,10$; p=0,212; V=-0,05) (1. táblázat).

1 Azokat tekintettük a problémás internethasználat rizikójával jellemezhetők csoportjába tartozónak, akiknél a Problémás Internethasználat Kérdőív 9 tételes változatának (Koronczai et al., 2011) összpontszáma elérte a 22-es küszöbértéket.

1. táblázat: Az internethasználat prevalenciája és a problémás internethasználat rizikójának előfordulása nemek szerint és összesen a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Internetezett már életében (LTP)	638	82,9	726	84,6	0,407	1364	83,8	±2,0
Internetezett a kérdezést megelőző 30 napban (LMP)	638	80,7	725	82,5	0,402	1363	81,6	±2,1
A problémás internethasználat rizikójának jelenléte	574	7,0	645	5,0	0,212	1220	5,9	±1,3

Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikanciaérték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.

1.2. A problémás internethasználat elterjedtsége a budapesti fiatal felnőttek körében

A Budapesti Longitudinális Kutatás (Budapest Longitudinal Study; BLS) 2019-es vizsgálatának eredményei alapján a budapesti 18–34 éves fiatal felnőttek 99,3%-a (±0,3) internezett már életében, és 98,0%-uk (±0,5) internetezett a kérdezést megelőző 30 napban is. A nők körében ez az arány mindkét esetben szignifikánsan magasabb volt, de az eltérés mértéke rendkívül alacsony ($\chi^2(1)=4,99$; $p=0,026$; $\varphi=0,04$; ill. $\chi^2(1)=4,25$; $p=0,039$; $\varphi=0,03$) (2. táblázat). Ezek az értékek mindkét nem esetében 95%-os megbízhatósági szinten meghaladják a 18–64 éves felnőtt lakosság körében kapott országos arányokat.

Az internetezéssel töltött heti átlagos óraszám azoknak a budapesti fiatal felnőtteknek a körében, akik interneteztek a megkérdezést megelőző hónapban, 18,63 (SD=12,17), ami jelentősen magasabb a felnőtt népesség esetében országosan kapott átlagnál. A férfiak heti internetezéssel töltött átlagos ideje a budapesti fiatal felnőtt lakosság körében szignifikánsan magasabb volt, mint a nőké (férfiak = 19,64 óra (SD=12,62), nők = 17,70 óra (SD=11,67); $t=4,87(3650)$, $p<0,001$, $d=0,16$), kis hatásmértékkel.

A fővárosi fiatal felnőttek körében – a felnőtt népességre országosan jellemzőhöz képest – elterjedtebb és nagyobb intenzitású internethasználat ellenére a problémás internethasználat rizikójának jelenléte tekintetében nem tapasztaltunk szignifikáns eltérést. A felnőtt népesség körében országosan mért értékkel hibahatáron belül megegyező arányban a budapesti fiatal felnőttek 6,6%-ára (±0,8), a kérdezést megelőző 30 napon internetezőknek pedig 6,8%-ára (± 0,8) volt jellemző a problémás internethasználat rizikójának jelenléte. Ugyanakkor az internethasználat elterjedtsége és intenzitása esetében rendre megje-

lenő – a felnőtt népességre országosan azonban nem jellemző – enyhe nemi mintázódás e tekintetben is megfigyelhető a fővárosi fiatalok körében: a problémás használat szignifikánsan magasabb volt a férfiak, mint a nők körében (2. táblázat), de a hatásmérték kifejezetten alacsony (χ^2=7,15(2); p=0,028; V=0,04).

2. táblázat: Az internethasználat prevalenciája és a problémás internethasználat rizikójának előfordulása nemek szerint és összesen a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság körében (a BLS 2019 adatfelvétel alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Internetezett már életében	1855	99,0	1974	99,5	0,039	3830	99,3	±0,3
Internetezett a kérdezést megelőző 30 napban	1855	97,5	1974	98,5	0,026	3830	98,0	±0,5
A problémás internethasználat rizikójának jelenléte	1781	7,2	1897	6,1	0,028	3679	6,6	±0,8
Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: Khi-négyzet próbához kapcsolódó szignifikancia-érték; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.								

2. A PROBLÉMÁS INTERNETHASZNÁLAT SZOCIODEMOGRÁFIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI MINTÁZÓDÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

A 18–64 éves népesség körében a problémás internethasználat rizikójának mintázódását leíró-statisztikai eszközökkel a főbb szociodemográfiai jellemzők – életkor, urbanizációs és kulturális státusz –, valamint a testtömeg-index mentén vizsgáltuk. Az életkori csoportok szerint a problémás internethasználat kockázatának előfordulási aránya szignifikánsan eltért a korcsoportok között: a 25–34 éves korosztályban volt a legmagasabb, 8,9% (±3,6), míg az 55-64 évesek körében a legalacsonyabb, 2,3% (±1,8) (3. táblázat). A problémás internethasználat rizikója szignifikáns kapcsolatot mutatott a településmérettel: az 50 ezer főnél kisebb települések esetén volt a legkisebb, 3,9% (±1,3), és Budapest esetén a legnagyobb, 10,2% (±4,2). A várható legmagasabb iskolai végzettség kategóriái, valamint a testtömeg-index alapján képzett kategóriák nem mutattak szignifikáns kapcsolatot a problémás internethasználat rizikójával.

3. táblázat: A problémás internethasználat rizikójának mintázódása a főbb szociodemográfiai tényezők mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	N	%	χ^2 (df)	p	V
Korcsoport					
18–24	133	6,0	10,78 (4)	0,029	0,09
25–34	236	8,9			
35–44	318	6,9			
45–54	274	5,1			
55–64	258	2,3			
Településméret					
<50 000	797	3,9	17,05 (2)	<0,001	0,12
≥50 000	217	9,2			
Budapest	205	10,2			
Várható legmagasabb iskolai végzettség					
8 általános vagy kevesebb	153	3,3	4,50 (3)	0,212	0,06
szakmunkás	439	5,2			
érettségi	405	7,7			
felsőfok/egyetem utáni képzés	223	5,8			
Testtömeg-index (BMI)					
Soványság	23	4,4	1,75 (3)	0,626	0,04
Normális testsúly	527	6,5			
Túlsúlyosság	414	5,6			
Elhízás	138	3,6			

Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V együttható. A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre

A problémás internethasználat rizikójának további kapcsolatát szociodemográfiai és pszichológiai változókkal a 4. táblázat mutatja be. A táblázat tartalmazza az egyes háttérváltozók és a problémás internethasználat rizikója közötti páronkénti, nem kontrollált kapcsolatokat is, de jelen fejezetben szövegesen csak a többváltozós elemzés eredményeit ismertetjük. Utóbbi során egy bináris logisztikus regressziós modellt hoztunk létre a problémás internethasználat rizikójának magyarázatára (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van rizikó a problémás internethasználatra), ENTER módszerrel, mely a szociodemográfiai és pszichológiai prediktor-változókat egyszerre tartalmazta. A létrehozott bináris logisztikus regressziós modell a problémás internethasználat rizikója jelenlétének becslésére szignifikánsan jobbnak bizonyult, mint a kiindulási, prediktor-változókat még nem tartalmazó modell ($\chi^2(28)=144,06$; $p<0,001$; Cox &

Snell R^2=0,18; Nagelkerke R^2=0,49). A létrehozott modell összességében a résztvevők csoporttagságát 93,8%-ban, ezen belül a problémás internethasználatra vonatkozó rizikót mutató személyeket 25,5%-ban jósolta be helyesen.

A modellbe bevont magyarázó változók közül a településméret, a hátrányos anyagi helyzet, a szenzoros élménykeresés,[2] a rumináció[3] és az aggodalmaskodás[4] bizonyult szignifikánsnak. A településméret tekintetében a budapestiek 3,33-szor nagyobb eséllyel mutattak rizikót a problémás internethasználat jelenlétére, mint az 50 ezer főnél kisebb településeken élők. A deprivációs mutató (hátrányos anyagi helyzet) szignifikáns negatív együttjárást mutatott a problémás internethasználat kockázatával. A deprivációs mutató egy egységnyi fokozódása esetén 23%-kal kisebb a problémás internethasználatra vonatkozó rizikó jelenlétének esélye. A szenzoros élménykeresés, a rumináció és az aggodalmaskodás változói mind szignifikáns és pozitív kapcsolatot mutattak a problémás internethasználat rizikójának jelenlétével. A Szenzoros Élménykeresés Skála összpontszámának egységnyi növekedése esetén 10%-kal, a Ruminatív Válaszstílus Kérdőív esetén 11%-kal, míg a Penn State Aggódás Kérdőív esetén 21%-kal nagyobb a problémás internethasználatra vonatkozó rizikó jelenlétének esélye.

2 Szenzoros élménykeresés: ha a személyre inkább jellemző, hogy újszerű és intenzív élményeket keres, akár kockázatok árán is.

3 Rumináció: ha a válaszoló inkább hajlamos negatív érzelmein, azok okain és következményein rágódni.

4 Aggodalmaskodás: ha a válaszolóra inkább jellemző, hogy állandó jelleggel, sok helyzetben és kontrollálhatatlanul aggódik.

4. táblázat: Bináris logisztikus regressziós modellek: szociodemográfiai és pszichológiai tényezők kapcsolata a problémás internethasználat rizikójával a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a problémás internethasználat rizikójával[5]		Többváltozós modell a problémás internethasználat rizikójának előrejelzésére[6]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Női nem (ref.: férfi nem)	0,70 [0,43–1,13]	0,146	1,00 [0,37–2,66]	0,996
Életkor	0,98 [0,96–0,99]	0,011	0,96 [0,92–1,00]	0,053
Testtömeg-index (BMI)	0,96 [0,90–1,03]	0,225	1,03 [0,92–1,17]	0,600
Településméret (ref.: 50 ezer fő alatti lakosságú település)				
legalább 50 ezer fős vidéki város	2,53 [1,41–4,54]	0,002	0,92 [0,30–2,77]	0,878
Budapest	2,90 [1,63–5,15]	<0,001	3,33 [1,21–9,15]	0,020
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: 8 általános vagy kevesebb)				
szakmunkás	1,57 [0,60–4,15]	0,361	1,75 [0,16–19,64]	0,652
érettségi	2,34 [0,91–6,05]	0,079	2,08 [0,19–23,37]	0,552
felsőfok/egyetem utáni képzés	1,83 [0,65–5,14]	0,254	1,27 [0,08–19,65]	0,865
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzetség hiánya)	0,96 [0,51–1,80]	0,887	1,29 [0,26–6,47]	0,760
Intergenerációs képzettségi mobilitás (ref.: felfelé történő mobilitás)				
nincs mobilitás	0,76 [0,46–1,26]	0,293	0,82 [0,32–2,12]	0,685
lefelé történő mobilitás	1,45 [0,53–3,98]	0,469	0,79 [0,07–8,70]	0,846
Munkavégzéssel töltött idő (órák száma)	1,01 [0,99–1,02]	0,440	1,01 [0,98–1,04]	0,530
Háztartás havi nettó jövedelme (ref.: 125 ezer Ft vagy kevesebb)*				
126–180 ezer Ft	3,64 [0,44–29,88]	0,228	–	
181–255 ezer Ft	3,16 [0,40–24,95]	0,276	–	
256–380 ezer Ft	0,51 [0,55–4,77]	0,556	–	

5 A páronkénti kapcsolatok tesztelése külön-külön elvégzett bináris logisztikus regressziós modellek keretében történt, melyben a kimeneti változó a problémás internethasználat rizikója (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg a magyarázó változó az adott sorban megemlített változó volt.

6 Bináris logisztikus regressziós modell, melyben a kimeneti változó a problémás internethasználat rizikója (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg magyarázó változóként az első oszlopban felsorolt változókat egyszerre tartalmazta a modell (N=746; 53,9%).

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a problémás internethasználat rizikójával[5]		Többváltozós modell a problémás internethasználat rizikójának előrejelzésére[6]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
381–400 ezer Ft	2,63 [0,32–21,80]	0,369	–	
400 ezer Ft felett	2,32 [0,28–19,63]	0,439	–	
Hátrányos anyagi helyzet	0,90 [0,83–0,97]	0,008	0,77 [0,65–0,92]	0,005
Háztartásméret	0,80 [0,65–0,98]	0,029	0,73 [0,50–1,07]	0,101
Együttélő kapcsolat megléte (ref.: kapcsolat hiánya)*	0,74 [0,40–1,38]	0,345	–	
Családban előforduló kockázati magatartások száma	1,35 [1,19–1,53]	<0,001	1,23 [0,98–1,56]	0,077
Vallásosság (ref.: nem vallásos / ateista)				
vallásos	0,29 [0,16–0,53]	<0,001	0,89 [0,33–2,41]	0,825
nem tudja	1,84 [0,88–3,82]	0,103	0,65 [0,13–3,10]	0,585
Anómia	1,07 [1,03–1,10]	<0,001	1,07 [0,99–1,16]	0,072
Élettel való elégedettség (általános)	0,73 [0,58–0,91]	0,005	1,09 [0,62–1,92]	0,768
Társas integráció	1,16 [0,88–1,52]	0,294	0,66 [0,39–1,13]	0,128
Általános jóllét	0,90 [0,83–0,97]	0,004	0,94 [0,80–1,10]	0,444
Impulzivitás	1,23 [1,16–1,29]	<0,001	1,05 [0,94–1,18]	0,362
Szenzoros élménykeresés	1,18 [1,14–1,23]	<0,001	1,10 [1,02–1,19]	0,014
Rumináció	1,19 [1,14–1,23]	<0,001	1,11 [1,01–1,22]	0,024
Aggodalmaskodás	1,33 [1,24–1,43]	<0,001	1,21 [1,02–1,44]	0,034
Testi tünetek	4,00 [2,49–6,44]	<0,001	1,26 [0,43–3,74]	0,675
Mentalizáció: bizonyosság	0,28 [0,20–0,39]	<0,001	0,60 [0,30–1,23]	0,162
Mentalizáció: bizonytalanság	4,04 [2,54–6,42]	<0,001	0,45 [0,13–1,50]	0,194

Megjegyzések. OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%-os konfidencia-intervallummal.
ref.: referenciakategória az adott változó tekintetében.
A többváltozós modellben szignifikáns (p<0,050) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.
* A prediktor-változót nem tartalmazza a többváltozós modell, mivel azon nagyszámú hiányzó adat található.

3. A PROBLÉMÁS INTERNETHASZNÁLAT ELTERJEDTSÉGÉNEK VÁLTOZÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

Mivel a problémás internethasználat mérésére alkalmazott Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) 9 tételes változata felvételre került az OLAAP 2015-ös adatfelvétele során is, ezért, habár csak korlátozott mértékben, de lehetőség nyílik a problémás internethasználat jelenlétére vonatkozó rizikó előfordulási gyakorisága időbeli mintázatainak vizsgálatára. Szignifikáns kapcsolat mutatkozott gyenge hatásméret mellett az adatfelvételi év és a problémás internethasználat rizikója között. Habár a problémás internethasználat jelenlétére vonatkozó rizikó nagyobb arányban fordult elő a 2019-es adatfelvételi év mintájában, a két mintában megfigyelt prevalencia-értékek 95%-os megbízhatósági szinten számolt konfidencia-intervallumai részben átfednek egymással, így a magyarországi felnőtt népesség körében a két vizsgálati év közötti négy évben a problémás internethasználat rizikójának csak tendenciajellegű növekedéséről beszélhetünk (5. táblázat).

5. táblázat: A problémás internethasználatra vonatkozó rizikó elterjedtségének összehasonlítása az OLAAP 2015-ös és 2019-es adatfelvétele között (a magyarországi 18–64 éves népesség körében, a válaszolók százalékában)

	OLAAP 2015-ös adatfelvétele			OLAAP 2019-es adatfelvétele			χ^2 (df)	p	V
	N	%	CI	N	%	CI			
A problémás internethasználat rizikójának jelenléte	1334	4,5	±1,1	1220	5,9	±1,3	73,51 (2)	<0,001	0,17

Megjegyzések: N: válaszolók száma; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V együttható

4. A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT LAKOSSÁG PROBLÉMÁS INTERNETHASZNÁLATA NEMZETKÖZI KONTEXTUSBAN

Az OLAAP 2019-es kutatásban a problémás internethasználat prevalencia-értéke a magyarországi 18–64 éves népesség körében (5,9% a teljes lakosság körében, 7,4% az elmúlt 30 napban internetet használók körében) nehezen összevethető a nemzetközi kutatási eredményekkel az eltérő mérőeszközök használata, valamint az eltérő minták miatt. Pan, Chiu és Lin (2020) metaanalízise az 1996 és 2018 között megjelent kutatások prevalencia-eredményeit összegezte. A metaanalízisbe bevont kutatások többféle mérőeszközzel mérték a problémás internethasználatot, és a mérőeszközöktől függően eltérő eredmé-

nyek születtek. Sajnos az OLAAP és a BLS vizsgálatok során alkalmazott PIUQ nem szerepel a mérőeszközök szerinti elemzésben. A bevont minták között szerepeltek serdülők körében végzett vizsgálati adatok is, azonban életkorra vonatkozó elemzések, adatok nem kerültek bele a tanulmányba. A metaanalízis megadta a csak reprezentatív mintákon talált előfordulási gyakoriságot, amely 6,1%-nak bizonyult. A szerzők megállapítják, hogy a módszertani problémák nem teszik lehetővé, hogy pontos összehasonlítható prevalencia-adatokhoz jussunk (leginkább amiatt, mert a problémás internethasználat még kidolgozatlan diagnosztikus koncepciója nem teszi lehetővé, hogy egy konzisztens és pontos mérőeszközzel lehessen mérni).

A problémás internethasználat epidemiológiai kutatásáról elmondható, hogy a reprezentatív minták többségében ázsiai populációkból származnak, illetve a középiskolás korosztályból. Mivel a problémás internethasználat mértéke időben növekvő (Modara et al., 2017; Pan, Chiu és Lin, 2020), ezért az utóbbi 5 évben készült tanulmányokat próbáltuk figyelembe venni, azonban az általunk ismert szakirodalomban nincs olyan felnőtt reprezentatív mintán történt vizsgálat, amely Európában készült, és a PIUQ mérőeszközt alkalmazta.

A problémás internethasználat rizikójának magyarázatára a magyarországi felnőtt népesség körében létrehozott többváltozós modellben a szignifikáns prediktor-változók nagyrészt összhangban vannak a nemzetközi szakirodalmi eredményekkel. A nemzetközi kutatások többsége szerint a városi régióban lakó gyerekek/felnőttek inkább érintettek a problémás internethasználatban a vidéki régióban élőkhöz képest (pl. felnőtt reprezentatív mintán: Yasuma et al., 2019; véletlenszerűen kiválasztott résztvevőkből álló serdülő mintán: Yu et al., 2018; 70 egyetemista mintán történő vizsgálat metaanalízise: Li et al., 2018). A problémás internethasználat és a testtömeg-index/elhízás kapcsolatára vonatkozó szakirodalmi eredmények ellentmondásosak. Számos tanulmány talált pozitív kapcsolatot a két változó között (pl. Bozkurt et al., 2018; Canan et al., 2014), a saját eredményeink viszont azokkal a tanulmányokkal vannak összhangban, amelyek nem találtak együttjárást (pl. Li et al., 2019). A hátrányos helyzetre vonatkozó eredmény egybevág egy serdülőket vizsgáló tanulmány eredményeivel (Lai és Kwan, 2017), mely szerint minél magasabb a család bevétele, annál nagyobb a problémás internethasználat rizikója (bár közvetlen hatást nem, csak indirekt kapcsolatokat igazoltak), mivel a magasabb szocioökonómiai státusz többféle szórakozáshoz kapcsolódó internethasználati lehetőséggel jár együtt, és így nagyobb eséllyel alakul ki problémás használat is. Ugyanakkor két másik tanulmány (reprezentatív egyetemista mintán: Islam és Hossin, 2016; véletlenszerűen kiválasztott résztvevőkből álló serdülő mintán: Mei et al., 2016) ezzel ellentmondó eredményeket talált, mégpedig hogy az

alacsony szocioökonómiai státusz nagyobb mértékű problémás internethasználattal jár együtt. Ennek az lehet a magyarázata, hogy az alacsonyabb szocioökonómiai státuszból fakadó megnövekedett stresszel való megküzdéshez az egyén az internetet használja, így az maladaptív megküzdési móddá válik, ami növeli a problémás internethasználat kialakulásának kockázatát. Összegezve elmondható, hogy a hátrányos helyzet problémás internethasználattal való kapcsolata egy alulkutatott és ellentmondásos eredményeket mutató terület.

A szenzoros élménykeresést illetően a nemzetközi szakirodalom – a jelen elemzésünkkel összhangban – többségében pozitív kapcsolatot talált a problémás internethasználattal mind serdülő, mind fiatal felnőtt, mind felnőtt mintákon (pl. Lin és Tsai, 2002; Rahmani és Lavasani, 2011; Shi, Chen és Tian, 2011; Zhang, Li és Li, 2015). Ennek az lehet a magyarázata, hogy az internet rengeteg olyan funkciót és tevékenységet tartalmaz, amelyek kielégítik a szenzoros élménykereső személyek újdonság és izgalom iránti vágyát, azonnali megerősítést nyújt, és így az arra érzékenyeknél kialakulhat a problémás használat. Az elemzésünkben szignifikáns prediktornak bizonyuló rumináció kockázati szerepe szintén harmonizál a rendelkezésre álló kisszámú nemzetközi szakirodalmi adattal, habár a kutatások többsége a metakogníciókat (a saját tudásunkról rendelkezésre álló tudás, amelyet a hosszú távú emlékezetben tárolunk) és egyéb kognitív megküzdési módokat vizsgálta a problémás internethasználattal kapcsolatosan, melyeknek fontos alkotórésze a rumináció vagy a ruminatív gondolkodás, azonban kevés vizsgálat fókuszált eddig kifejezetten a rumináció és a problémás internethasználat kapcsolatára. Utóbbiak ugyanakkor pozitív kapcsolatot találtak a két változó között a serdülő korosztályban (McNicol és Thorsteinsson, 2017; Bağatarhan és Siyez, 2020). Nagyon hasonló a helyzet az aggodalmaskodás esetén is, mivel a metakogníciót mérő kérdőív egyik alskálája „a negatív hiedelmek az aggodalmaskodásról" nevet viseli, és bár tartalma megközelíti az OLAAP-vizsgálatban szereplő aggodalmaskodás konstruktumot, de nem fedi le teljesen („a negatív hiedelmek az aggodalmaskodásról" egy metaaggodalmaskodásnak felel meg inkább: aggodalom az aggodalmaskodás miatt). Az aggodalmaskodás és a problémás internethasználat kapcsolatára vonatkozóan egyelőre nincs kutatási adat a nemzetközi irodalomban.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Bağatarhan, T. & Siyez, D. M. (2020). Rumination and Internet Addiction Among Adolescents: The Mediating Role of Depression. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 1–10. doi: 10.1007/s10560-020-00715-y

Bozkurt, H., Özer, S., Şahin, S. & Sönmezgöz, E. (2018). Internet use patterns and Internet addiction in children and adolescents with obesity. *Pediatric obesity, 13*(5), 301–306.

Canan, F., Yildirim, O., Ustunel, T. Y., Sinani, G., Kaleli, A. H., Gunes, C. & Ataoglu, A. (2014). The relationship between internet addiction and body mass index in Turkish adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 17*(1), 40–45.

Demetrovics, Zs., Szeredi, B. & Nyikos, E. (2004). A Problémás Internethasználat Kérdőív bemutatása. *Psychiatria Hungarica, 19*(2), 141–160.

Demetrovics, Zs., Szeredi, B. & Rózsa, S. (2008). The three-factor model of internet addiction: the development of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behavior Research Methods, 40*(2), 563–574. doi: 10.3758/BRM.40.2.563

Islam, A., Hossin, M. Z. (2016). Prevalence and risk factors of problematic internet use and the associated psychological distress among graduate students of Bangladesh. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health, 6*, 11. doi: 10.1186/s40405-016-0020-1

Koronczai, B., Urbán, R., Kökönyei, G., Paksi, B., Papp, K., Kun, B., … Demetrovics, Zs. (2011). Confirmation of the three-factor model of problematic internet use on off-line adolescent and adult samples. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 14*, 657–664. doi: 10.1089/cyber.2010.0345

Lai, F. T. T., Kwan, J. L. Y. (2017). Socioeconomic influence on adolescent problematic Internet use through school-related psychosocial factors and pattern of Internet use. *Computers in Human Behavior, 68*, 121–136. doi: 10.1016/j.chb.2016.11.021

Li, G., Hou, G., Yang, D., Jian, H. & Wang, W. (2019). Relationship between anxiety, depression, sex, obesity, and internet addiction in Chinese adolescents: A short-term longitudinal study. *Addictive Behaviors, 90*, 421–427.

Li, L., Xu, D-D., Chai, J-X., Wang, D., Li, L., Zhang, L., … Xiang, Y-T. (2018). Prevalence of Internet addiction disorder in Chinese university students: A comprehensive meta-analysis of observational studies. *Journal of Behavioral Addictions, 7*(3), 610–623. doi: 10.1556/2006.7.2018.53

Lin, S. S. J., Tsai, C-C. (2002). Sensation seeking and internet dependence of Taiwanese high school adolescents. *Computers in Human Behavior, 18*(4), 411–426. doi: 10.1016/S0747-5632(01)00056-5

McNicol, M. L., Thorsteinsson, E. B. (2017). Internet Addiction, Psychological Distress, and Coping Responses Among Adolescents and Adults. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 20*(5), 296–304. doi: 10.1089/cyber.2016.0669

Mei, S., Yau, Y. H. C., Chai, J., Guo, J., Potenza, M. N. (2016). Problematic Internet use, well-being, self-esteem and self-control: Data from a high-school survey in China. *Addictive Behaviors, 61*, 74–79. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.05.009

Modara, F., Rezaee-Nour, J., Sayehmiri, N., Maleki, F., Aghakhani, N., Sayehmiri, K., Rezaei-Tavirani, M. (2017). Prevalence of Internet Addiction in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. *Addiction & Health*, *9*(4), 243–252.

Pan, Y.-C., Chiu, Y.-C., Lin, Y.-H. (2020). Systematic review and meta-analysis of epidemiology of internet addiction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *118*, 612–622. doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.08.013

Rahmani, S., Lavasani, M. (2011). The relationship between internet dependency with sensation seeking and personality. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, *30*, 272–277. doi: 10.1016/J.SBSPRO.2011.10.054

Shi, J., Chen, Z., Tian, M. (2011). Internet self-efficacy, the need for cognition, and sensation seeking as predictors of problematic use of the internet. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *14*(4), 231–4. doi: 10.1089/cyber.2009.0462

Yasuma, N., Watanabe, K., Nishi, D., Ishikawa, H., Tachimori, H., Takeshima, T., … Kawakami, N. (2019). Urbanization and Internet addiction in a nationally representative sample of adult community residents in Japan: A cross-sectional multilevel study. *Psychiatry Research*, *273*, 699–705. doi: 10.1016/j.psychres.2019.01.094

Yu, L., Recker, M., Chen, S., Zhao, N., Yang, Q. (2018). The Moderating Effect of Geographic Area on the Relationship Between Age, Gender, and Information and Communication Technology Literacy and Problematic Internet Use. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *21*(6), 367–373. doi: 10.1089/cyber.2017.0503

Zhang, H., Li, D., Li, X. (2015). Temperament and problematic Internet use in adolescents: A moderated mediation model of maladaptive cognition and parenting styles. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(7), 1886–1897. doi: 10.1007/s10826-014-9990-8

Király Orsolya – Koronczai Beatrix – Demetrovics Zsolt – Paksi Borbála

A KÖZÖSSÉGI OLDALAK PROBLÉMÁS HASZNÁLATA

1. A KÖZÖSSÉGI OLDALAK PROBLÉMÁS HASZNÁLATÁNAK ELTERJEDTSÉGE

A problémás közösségioldal-használat mértékét az OLAAP 2019 és a BLS 2019 kutatásban is a Bergen Közösségi Média Függőség Skálával (Bergen Social Media Addiction Scale; BSMAS; Bányai et al., 2017; Andreassen et al., 2016) mértük. A skála a közösségioldal-használattal kapcsolatos esetleges függőségi tüneteket, problémákat (pl. kontrollvesztés, teljesítményromlás, megvonási tünetek) méri. A problémás használat előfordulását látens profilelemzéssel (latent profile analysis; LPA) számoltuk ki. Az LPA-eljárás indikátorváltozójaként a skála összpontszámát használtuk. A problémás közösségioldal-használattal kapcsolatos kérdéseket – szintén mindkét kutatásban – egy, a közösségioldal-használat életprevalencia - és haviprevalencia-becslését lehetővé tevő szűrőkérdés előzte meg. A BSMAS-kérdőívet csak azoktól vettük fel, akik az elmúlt 30 napban használtak közösségi oldalakat.

1.1. A közösségi oldalak problémás használatának elterjedtsége a felnőtt lakosság körében

A magyarországi 18–64 éves népesség 74,9%-a (±2,3) használt már közösségi oldalakat valaha életében, és 71,0%-uk (±2,4) használta őket a kérdezést megelőző 30 napban is. A nemek között nem volt szignifikáns különbség egyik esetben sem (1. táblázat). Azok, akik az elmúlt 30 napban használtak közösségi oldalakat, saját becslésük alapján hetente átlagosan 10,26 órát (SD=8,73) töltöttek ezzel a tevékenységgel. A nemi különbségek a heti közösségioldal-használattal töltött idő esetén sem szignifikánsak (férfiak = 10,66 óra (SD=9,49), nők = 9,92 óra (SD=8,03); t=1,29(943), p=0,197).

A problémás használat előfordulásának kiszámítására végzett LPA-elemzés során folyamatosan növeltük a vizsgált osztályok számát, és az illeszkedési mutatók, valamint a Lo–Mendell–Rubin-teszt alapján a kétosztályos megoldás

mellett döntöttünk. A két csoport a problémás közösségioldal-használat átlagos pontszámában különbözött egymástól: 7,57 (N=784) és 18,98 (N=76). A nagyobb pontszámmal rendelkező csoport esetén feltételeztük a problémás használat kockázatát. A 18–64 éves felnőtt lakosság körében a problémás közösségioldal-használat rizikójának előfordulása 6,1% (±1,3), a kérdezést megelőző 30 napon közösségi oldalt használók körében pedig 8,8% (±1,9). A férfiak és nők között nem volt szignifikáns különbség ebből a szempontból sem ($\chi^2(1)=0{,}81$; $p=0{,}369$; $\varphi=0{,}03$) (1. táblázat).

1. táblázat: A közösségi oldalak használatának prevalenciája és a problémás használat rizikójának előfordulása nemek szerint és összesen a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Használt már közösségi oldalakat életében (LTP)	636	72,6	719	76,8	0,080	1354	74,9	±2,3
Használt közösségi oldalakat a kérdezést megelőző 30 napban (LMP)	641	68,6	723	73,2	0,066	1364	71,0	±2,4
A problémás közösségioldal-használat rizikójának jelenléte	591	5,4	664	6,6	0,369	1255	6,1	±1,3

Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.

1.2. A közösségi oldalak problémás használatának elterjedtsége a budapesti fiatal felnőttek körében

A Budapesti Longitudinális Kutatás (Budapest Longitudinal Study; BLS) 2019-es vizsgálatának eredményei alapján a budapesti 18–34 éves fiatal felnőttek 97,1%-a (±0,5) használt már közösségi oldalakat életében, és 94,2%-uk (±0,7) a kérdezést megelőző 30 napban is. A nők körében ez az arány mindkét esetben szignifikánsan magasabb volt, de az eltérés mértéke kicsi ($\chi^2(1)=15{,}60$; $p<0{,}001$; $\varphi=0{,}064$; ill. $\chi^2(1)=12{,}08$; $p=0{,}001$; $\varphi=0{,}056$) (2. táblázat). Ezek az értékek mindkét nem esetében 95%-os megbízhatósági szinten meghaladják a 18–64 éves felnőtt lakosság körében kapott országos arányokat.

A közösségi oldalak használatával töltött heti átlagos óraszám azoknak a budapesti fiatal felnőtteknek a körében, akik használtak közösségi oldalakat a megkérdezést megelőző hónapban, 12,03 (SD=10,82), ami több mint másfél órával magasabb a felnőtt népesség körében kapott országos átlagnál. A férfiak és a nők közösségioldal-használatával töltött heti átlagos ideje – hasonlóan a felnőtt népességben országosan tapasztaltakhoz – a budapesti fiatal felnőtt

lakosság körében sem tért el szignifikánsan egymástól (férfiak = 12,30 óra (SD=11,32), nők = 11,79 óra (SD=10,35); t=1,38(3461), p=0,167).

A problémás közösségioldal-használat mértékét jelen mintában szintén látens profilelemzéssel vizsgáltuk, de ezúttal három csoportot kaptunk, amelyek szintén a problémás használat pontszámában különböztek egymástól: 6,52 (N=2738), 11,57 (N=544) és 18,55 (N=182). A legmagasabb pontszámmal rendelkező csoport esetén feltételezzük a problémás használat kockázatát. A BLS 2019-es vizsgálatának eredményei alapján a budapesti fiatal felnőttek 4,9%-ára (±0,7), a kérdezést megelőző 30 napon közösségi oldalt használóknak pedig 5,2%-ára (±0,7) volt jellemző a problémás közösségioldal-használat rizikójának jelenléte, és a két nem között nem volt szignifikáns különbség (2. táblázat).

2. táblázat: A közösségioldal-használat prevalenciája és a problémás közösségioldal-használat rizikójának előfordulása nemek szerint és összesen a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság körében (a BLS 2019 adatfelvétel alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Használt már közösségi oldalakat életében (LTP)	1839	96,0	1965	98,1	<0,001	3804	97,1	±0,5
Használt közösségi oldalakat a kérdezést megelőző 30 napban (LMP)	1847	92,9	1970	95,5	0,001	3817	94,2	±0,7
A problémás közösségioldal-használat rizikójának jelenléte	1788	4,6	1895	5,2	0,458	3684	4,9	±0,7

Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: Khi-négyzet próbához kapcsolódó szignifikancia-érték; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.

2. A PROBLÉMÁS KÖZÖSSÉGIOLDAL-HASZNÁLAT SZOCIODEMOGRÁFIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI MINTÁZÓDÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

A 18–64 éves népesség körében a problémás közösségioldal-használat rizikójának mintázódását leíró-statisztikai eszközökkel a főbb szociodemográfiai jellemzők – életkor, urbanizációs és kulturális státus –, valamint a testtömeg-index mentén vizsgáltuk. Az életkori csoportok szerint a problémás közösségioldal-használat kockázatának előfordulási aránya szignifikánsan eltért a korcsoportok között: a 25–34 korosztályban volt a legmagasabb, 10,7% (±3,9), míg a 45–54 évesek körében a legalacsonyabb, 2,5 (±1,8) (3. táblázat). A problémás közösségioldal-használat rizikója szignifikáns kapcsolatot mutatott a településmérettel is: az 50 ezer főnél kisebb települések esetén volt a legkisebb, 3,6% (±1,3), és az ennél nagyobb méretű vidéki települések esetén a legnagyobb, 13,9% (±4,7). A problémás közösségioldal-használat kockázatának előfordulási

aránya szignifikánsan eltért a várható legmagasabb iskolai végzettség kategóriái között is: a legalacsonyabb végzettségűek között volt a legalacsonyabb (2,6%, ±2,5), és az érettségizettek között a legmagasabb (8,9%, ±2,7). A testtömeg-index alapján képzett kategóriák azonban nem mutattak szignifikáns kapcsolatot a problémás közösségioldal-használattal.

3. táblázat: A problémás közösségioldal-használat rizikójának mintázódása a főbb szociodemográfiai tényezők mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	N	%	χ^2 (df)	p	V
Korcsoport					
18–24	137	8,8	18,33 (4)	0,001	0,12
25–34	244	10,7			
35–44	325	5,9			
45–54	282	2,5			
55–64	267	4,5			
Településméret					
<50 000	831	3,6	32,57 (2)	<0,001	0,16
≥50 000	208	13,9			
Budapest	215	7,4			
Várható legmagasabb iskolai végzettség					
8 általános vagy kevesebb	153	2,6	10,26 (3)	0,016	0,09
szakmunkás	444	5,4			
érettségi	426	8,9			
felsőfok / egyetem utáni képzés	233	4,7			
Testtömeg-index (BMI)					
Soványság	25	16,0	6,03 (3)	0,110	0,07
Normális testsúly	535	6,5			
Túlsúlyosság	430	5,8			
Elhízás	139	3,6			

Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V együttható. A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre

A problémás közösségioldal-használat rizikójának további kapcsolatát szociodemográfiai és pszichológiai változókkal a 4. táblázat mutatja be. A táblázat tartalmazza az egyes háttérváltozók és a problémás közösségioldal-használat rizikója

közötti páronkénti, nem kontrollált kapcsolatokat is, de jelen fejezetben szövegesen csak a többváltozós elemzés eredményeit ismertetjük. Utóbbi során egy bináris logisztikus regressziós modell került létrehozásra a problémás közösségioldal-használat rizikójának magyarázatára (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van a rizikó a problémás közösségioldal-használatra), ENTER-módszerrel, mely a szociodemográfiai és pszichológiai prediktor-változókat egyszerre tartalmazta. A létrehozott bináris logisztikus regressziós modell a problémás közösségioldal-használat rizikójának jelenlétének becslésére szignifikánsan jobbnak bizonyult, mint a kiindulási, prediktor-változókat még nem tartalmazó modell ($\chi^2(28)=127{,}40$; $p<0{,}001$; Cox & Snell $R^2=0{,}16$; Nagelkerke $R^2=0{,}45$). A létrehozott modell 95,8%-ban helyesen jósolja be a résztvevők csoporttagságát összességében, ami csupán csekély mértékű, 1,3%-nyi emelkedést jelent a kiindulási modell által nyújtott klasszifikációs teljesítményhez (94,4%) képest. A közösségioldal-használatra vonatkozó rizikót mutató személyek besorolási pontossága a modell alapján 32,3%. A modellbe bevont magyarázó változók közül egyedül a hátrányos anyagi helyzet bizonyult szignifikánsnak, ami szignifikáns negatív együttjárást mutatott a közösségioldal-használat kockázatával. A mutató egy egységnyi növekedése esetén 19%-kal kisebb a problémás közösségioldal-használat kockázatának esélye.

4. táblázat: Bináris logisztikus regressziós modellek: szociodemográfiai és pszichológiai tényezők kapcsolata a közösségi oldalakra vonatkozó problémás használat rizikójával a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a közösségi oldalakra vonatkozó problémás használat rizikójával[1]		Többváltozós modell a közösségi oldalakra vonatkozó problémás használat rizikójának előrejelzésére[2]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Női nem (ref.: férfi nem)	1,27 [0,79–2,04]	0,318	1,53 [0,58–4,05]	0,391
Életkor	0,97 [0,95–0,99]	0,002	0,96 [0,92–1,00]	0,062
Testtömeg-index (BMI)	0,95 [0,89–1,01]	0,109	1,05 [0,94–1,17]	0,427
Településméret (ref.: 50 ezer fő alatti lakosságú település)				
legalább 50 ezer fős vidéki város	4,36 [2,56–7,43]	<0,001	2,02 [0,73–5,57]	0,176

1 A páronkénti kapcsolatok tesztelése külön-külön elvégzett bináris logisztikus regressziós modellek keretében történt, melyben a kimeneti változó a problémás közösségioldal-használat rizikója (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg a magyarázó változó az adott sorban megemlített változó volt.

2 Bináris logisztikus regressziós modell, melyben a kimeneti változó a problémás közösségioldal-használat rizikója (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg magyarázó változóként az első oszlopban felsorolt változókat egyszerre tartalmazta a modell (N=757; 54,7%).

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a közösségi oldalakra vonatkozó problémás használat rizikójával[1]		Többváltozós modell a közösségi oldalakra vonatkozó problémás használat rizikójának előrejelzésére[2]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Budapest	2,19 [1,18–4,08]	0,013	2,55 [0,87–7,46]	0,088
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: 8 általános vagy kevesebb)				
szakmunkás	2,24 [0,75–6,69]	0,149	0,25 [0,03–2,43]	0,232
érettségi	3,77 [1,29–10,98]	0,015	0,46 [0,05–4,28]	0,496
felsőfok / egyetem utáni képzés	1,85 [0,56–6,07]	0,311	0,17 [0,01–2,18]	0,172
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzetség hiánya)	0,87 [0,47–1,60]	0,658	4,78 [0,80–28,76]	0,087
Intergenerációs képzettségi mobilitás (ref.: felfelé történő mobilitás)				
nincs mobilitás	0,83 [0,51–1,34]	0,443	1,02 [0,39–2,63]	0,972
lefelé történő mobilitás	0,92 [0,27–3,09]	0,890	1,15 [0,15–9,02]	0,893
Munkavégzéssel töltött idő (órák száma)	1,01 [0,99–1,02]	0,419	1,00 [0,97–1,03]	0,917
Háztartás havi nettó jövedelme (ref.: 125 ezer Ft vagy kevesebb)*				
126–180 ezer Ft	1,77 [0,40–7,80]	0,452	–	
181–255 ezer Ft	0,83 [0,19–3,69]	0,807	–	
256–380 ezer Ft	0,71 [0,16–3,09]	0,650	–	
381–400 ezer Ft	0,74 [0,16–3,55]	0,708	–	
400 ezer Ft felett	0,75 [0,15–3,66]	0,722	–	
Hátrányos anyagi helyzet	0,91 [0,84–0,98]	0,011	0,81 [0,68–0,96]	0,012
Háztartásméret	0,92 [0,76–1,11]	0,384	0,95 [0,67–1,34]	0,765
Együttélő kapcsolat megléte (ref.: kapcsolat hiánya)*	0,51 [0,30–0,89]	0,017	–	
Családban előforduló kockázati magatartások száma	1,31 [1,16–1,48]	<0,001	1,23 [1,00–1,52]	0,054
Vallásosság (ref.: nem vallásos / ateista)				
vallásos	0,46 [0,27–0,78]	0,004	1,10 [0,42–2,87]	0,846
nem tudja	1,00 [0,40–2,26]	0,992	0,40 [0,08–1,96]	0,260
Anómia	1,06 [1,03–1,10]	<0,001	1,02 [0,94–1,10]	0,727
Élettel való elégedettség (általános)	0,70 [0,56–0,87]	<0,001	0,69 [0,40–1,19]	0,180
Társas integráció	1,45 [1,10–1,91]	0,008	0,98 [0,58–1,66]	0,943
Általános jóllét	0,88 [0,82–0,95]	0,001	0,93 [0,78–1,10]	0,389
Impulzivitás	1,18 [1,12–1,24]	<0,001	1,04 [0,92–1,17]	0,535
Szenzoros élménykeresés	1,16 [1,12–1,20]	<0,001	1,08 [1,00–1,16]	0,054

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a közösségi oldalakra vonatkozó problémás használat rizikójával[1]		Többváltozós modell a közösségi oldalakra vonatkozó problémás használat rizikójának előrejelzésére[2]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Rumináció	1,18 [1,13–1,22]	<0,001	1,09 [0,99–1,20]	0,079
Aggodalmaskodás	1,35 [1,26–1,45]	<0,001	1,15 [0,97–1,37]	0,099
Testi tünetek	5,12 [3,25–8,08]	<0,001	2,02 [0,74–5,48]	0,169
Mentalizáció: bizonyosság	0,31 [0,22–0,42]	<0,001	0,64 [0,33–1,26]	0,198
Mentalizáció: bizonytalanság	3,21 [2,05–5,03]	<0,001	0,51 [0,17–1,58]	0,244

Megjegyzések. OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%-os konfidencia-intervallummal.
ref.: referenciakategória az adott változó tekintetében.
A többváltozós modellben szignifikáns (p<0,050) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.
* A prediktor-változót nem tartalmazza a többváltozós modell, mivel azon nagyszámú hiányzó adat található.

3. A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT LAKOSSÁG PROBLÉMÁS KÖZÖSSÉGIOLDAL-HASZNÁLATA NEMZETKÖZI KONTEXTUSBAN

Az OLAAP 2019-es kutatásban vizsgált problémás közösségioldal-használat prevalencia-értéke a magyarországi 18–64 éves népesség körében (6,1% a teljes lakosság körében, 8,8% az elmúlt 30 napban közösségi médiát használók körében) nehezen összevethető a korábbi kutatási eredményekkel, mert egyrészt a 18–64 év közöttieket érintő reprezentatív mintán eddig még nem történt prevalenciameghatározás, másrészt az elérhető kutatásokban különböző mérőeszközök felvételével történt a problémás közösségimédia-használat mérése, illetve a gyakran használt BSMAS (Andreassen et al., 2016) mérőeszköz esetén különböző küszöbértékeket/metódusokat használtak az egyes mintákon a problémás használat definíciójára (ld. Cheng et al., 2021). A jelen kutatásban használt LPA-eljárás a csoportok meghatározására minden populáción egyedi, csak az adott populáción értelmezhető. Az is nehezíti az eredmények összehasonlíthatóságát, hogy a kutatások elég nagy hányadában specifikus közösségi oldalak használata esetében vizsgálták a problémás használatot (a leggyakoribbak a kizárólag Facebook-használatot vizsgáló kutatások), nem pedig minden közösségi oldalt tekintetbe véve,[3] mint az OLAAP- vagy a BLS-vizsgálat esetén.

3 Abban az esetben, amikor a kérdés általában vonatkozik a közösségi oldalakra, az is nehezítheti a prevalencia-értékek összehasonlíthatóságát, hogy bizonytalan, mely közösségi oldalakra gondoltak a kérdőívet kitöltők akkor, amikor számba vették a közösségioldal-használatukból adódó nehézségeiket. Az adott kérdőív instrukciójában a „közösségi

Az OLAAP 2019 eredményeivel leginkább összehasonlítható adat egy svéd, 16–80 év közötti felnőtt lakosság reprezentatív mintáján történő kutatás (Henzel & Håkansson, 2021) eredménye, melyben szintén a BSMAS (Andreassen et al., 2016) mérőeszközt és egy 19 pontos küszöbértéket használták a problémás használat meghatározására. A minta 5%-a érte el ezt a küszöbértéket.

A 18–34 év közötti budapesti felnőttek között a problémás közösségioldal-használat prevalenciája 4,9%, a kérdezést megelőző 30 napon közösségi oldalt használók esetén pedig 5,2%. Hasonló életkori sávban készült Reer, Festl és Quandt (2020) kutatása, ahol 14 és 39 év közötti internethasználók reprezentatív mintáján 2,7%-ukat találták a közösségi oldalakat legalább néha használók közül problémás használónak, bár más mérőeszközt használtak, mint a BLS-ben használt kérdőív.

A problémás közösségioldal-használat szociodemográfiai mutatókkal való összefüggéseit tekintve, eredményeinkkel egybehangzóan az életkor növekedésével más vizsgálatok szerint is csökken a problémás használat előfordulása: a legérintettebb korosztályt mindig a serdülők jelentik (Barbar et al., 2020; Uram & Skalski, 2020; Cheng et al., 2021; Henzel & Håkansson, 2021). Cheng et al. (2021), valamint Henzel és Håkansson (2021) értelmezése szerint az életkori mintázódást indokolhatja a digitáliseszköz-használat fiatalok közti elterjedése és az ehhez fűződő kompetenciák nagyobb foka. Utóbbi adódik abból is, hogy egyre fiatalabb korban találkoznak először közösségi oldalakkal, így hamar megtanulják annak használatát. Mivel a fiatalabbak rutinszerűen használják a közösségi médiát, előnyben is részesítik azt egyéb kommunikációs eszközökkel szemben, és a gyakori használat nagyobb kitettséget jelent a függőség kialakulása szempontjából. Az idősebb korosztály számára védelmet jelentenek a függőség kialakulásával szemben azok a kötelezettségek és feladatok, amelyek csökkentik a közösségi oldalakkal töltött időt az esetükben. Ugyanakkor az olyan motivációs faktorok is fontosak lehetnek az életkori különbségeket illetően, mint a FoMO (fear of missing out), vagyis a kimaradástól való félelem, amely a fiatalabbakra inkább jellemző, és amely szoros összefüggést mutat a problémás közösségimédia-használattal (Uram és Skalski, 2020).

Több tanulmány is kapcsolatot talált a problémás internethasználat (pl. Bozkurt et al., 2018) és az elhízás, valamint a problémás közösségioldal-használat és az elhízás között (pl. Jolliff et al., 2020). A mi eredményeink alapján a magyarországi felnőtt lakosság körében nincs ilyen összefüggés. A további

oldal" terminus használata néhány példával történik (Facebook, Twitter), de nem tartalmaz egy átfogó definíciót. Ugyanakkor a kérdőívet kitöltők fejében eltérő fogalomhasználat lehetséges (pl. a YouTube beletartozik-e a közösségi oldal körébe, vagy sem), ami különböző válaszokhoz vezethet.

szociodemográfiai jellemzők esetében, amelyeknél vizsgálatunk összefüggést mutatott a problémás közösségioldal-használattal – mint a településnagyság és a hátrányos anyagi helyzet –, nemzetközi kutatási adatok nem állnak rendelkezésre.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Zs., Mazzoni, E. & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors, 30*(2), 252–262. doi: 10.1037/adb0000160

Bányai, F., Zsila, Á., Király, O., Maráz, A., Elekes, Zs., Griffiths, M. D., … Demetrovics, Zs. (2017). Problematic social media use: Results from a large-scale nationally representative adolescent sample. *PLoS ONE, 12*(1), e0169839.

Barbar, S., Haddad, C., Sacre, H., Dagher, D., Akel, M., Kheir, N., … Obeid, S. (2020). Factors associated with problematic social media use among a sample of Lebanese adults: The mediating role of emotional intelligence. *Perspectives in Psychiatric Care, 57,* 1313–1322. doi: 10.1111/ppc.12692

Bozkurt, H., Özer, S., Şahin, S. & Sönmezgöz, E. (2018). Internet use patterns and Internet addiction in children and adolescents with obesity. *Pediatric obesity, 13*(5), 301–306.

Cheng, C., Lau, Y-C., Chan, L. & Luk, J. W. (2021). Prevalence of social media addiction across 32 nations: Meta-analysis with subgroup analysis of classification schemes and cultural values. *Addictive Behaviors, 117,* 106845. doi: 10.1016/j.addbeh.2021.106845

Henzel, V. & Håkansson, A. (2021). Hooked on virtual social life. Problematic social media use and associations with mental distress and addictive disorders. *PLoS ONE, 16*(4), e0248406. doi: 10.1371/journal.pone.0248406

Jolliff, A. F., Moreno, M. A. & D'Angelo, J. (2020). The mediating role of depressive and anxiety symptoms in the association between obesity and problematic social media use in young adults. *Obesity Science & Practice*, 6(5), 454–459.

Reer, F., Festl, R. & Quandt, T. (2020). Investigating problematic social media and game use in a nationally representative sample of adolescents and younger adults. *Behaviour & Information Technology, 40*(8), 776–789. doi: 10.1080/0144929X.2020.1724333

Uram, P. & Skalski, S. (2020). Still Logged in? The Link Between Facebook Addiction, FoMO, Self-Esteem, Life Satisfaction and Loneliness in Social Media Users. *Psychological Reports.* doi: 10.1177/0033294120980970

Király Orsolya – Szabó Attila – Demetrovics Zsolt – Paksi Borbála

MOBILTELEFON-HASZNÁLAT ÉS A TELEFONTÓL VALÓ FÜGGÉS

1. A MOBILTELEFON-HASZNÁLAT ÉS A TELEFONTÓL VALÓ FÜGGÉS ELTERJEDTSÉGE

A telefontól való függés mértékét jelen kutatásban a Problematic Mobile Phone Use 2 Questionnaire (PMPUQ-SV; Lopez-Fernandez et al., 2018) Dependencia alskálájával mértük. A tételek arra vonatkoznak, hogy az egyén mennyire van „összenőve" a telefonjával, mennyire könnyen vagy nehezen tudja nélkülözni azt, vagyis a telefontól való – köznapi értelemben vett – függést méri, s nem klinikai értelemben vett függőséget. Utóbbi szükségszerűen problémás használatot feltételez, az általunk alkalmazott mérőeszköz azonban a használathoz kapcsolódó problémák mértékét nem mérte. A telefontól való függés előfordulását látens profilelemzéssel (latent profile analysis; LPA) számoltuk ki. Az LPA-eljárás indikátorváltozójaként az alskála összpontszámát használtuk.

1.1. A mobiltelefon-használat és a telefontól való függés elterjedtsége a felnőtt lakosság körében

A magyarországi 18–64 éves népesség 2,6%-a (±0,8) nem használ mobiltelefont, 21,1%-a (±2,2) csak hagyományos mobiltelefont használ, 76,4%-a (±2,2) pedig okostelefont vagy azt is használ. A nemek között nem volt szignifikáns különbség ebben a tekintetben (1. táblázat).

A problémás használat előfordulásának kiszámítására végzett LPA-elemzés során folyamatosan növeltük a vizsgált osztályok számát, és az illeszkedési mutatók, valamint a Lo–Mendell–Rubin-teszt alapján a négyosztályos megoldás mellett döntöttünk. A négy csoport a telefontól való függés átlagos pontszámában különbözött egymástól: 6,25 (N=288); 10,51 (N=367); 14,57 (N=356) és 18,55 (N=207). A legmagasabb pontszámmal rendelkező csoport esetén feltételezzük a telefontól való függés állapotát. A 18–64 éves lakosság körében a telefontól való függés előfordulása 16,5% (±2,1), a mobiltelefont használók

körében pedig 17,0% (±2,1). A férfiak és nők között nem volt szignifikáns különbség ebből a szempontból sem ($\chi^2(1)=3{,}18$; $p=0{,}075$; $\varphi=-0{,}05$) (1. táblázat).

1. táblázat: A mobiltelefon-használat és a telefontól való függés előfordulása nemek szerint és összesen a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Nem használ mobiltelefont	645	2,5	731	2,6	0,565	1377	2,6	±0,8
Csak hagyományos mobiltelefont használ		22,3		20,0			21,1	±2,2
Okostelefont (is) használ		75,2		77,4			76,4	±2,2
Telefontól való függés	577	18,5	676	14,8	0,075	1254	16,5	±2,1

Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.

1.2. A mobiltelefon-használat és a telefontól való függés elterjedtsége a budapesti fiatal felnőttek körében

A Budapesti Longitudinális Kutatás (Budapest Longitudinal Study; BLS) 2019-es vizsgálatának eredményei alapján a budapesti 18–34 éves fiatal felnőttek 0,3%-a (±0,2) nem használ mobiltelefont, 2,2%-a (±0,5) csak hagyományos mobiltelefont használ, 97,5%-a (±0,5) pedig okostelefont vagy azt is használ. A nők körében szignifikánsan magasabb volt az okostelefon-használat aránya, de az eltérés mértéke rendkívül alacsony ($\chi^2(2)=8{,}44$; $p=0{,}015$; $\varphi=-0{,}05$) (2. táblázat). A felnőtt lakosság vonatkozásában országosan kapott értékekkel összehasonlítva 95%-os megbízhatósági szinten azt mondhatjuk, hogy a fővárosi fiatal felnőttek körében magasabb azok aránya, akik okostelefont (is) használnak, míg a kizárólag hagyományos mobiltelefont használók, illetve azok aránya, akik nem használnak mobiltelefont, egyértelműen kisebb.

A telefontól való függés mértékét a jelen mintában – a felnőtt lakosság körében végzett elemzésekhez hasonlóan – szintén látens profilelemzéssel számoltuk ki, és ezúttal is négy csoportot kaptunk, amelyek átlagos pontszáma (és elemszáma) a következőképp alakult: 6,38 (N=376); 10,97 (N=883); 14,79 (N=1144) és 18,66 (N=1383). A legmagasabb pontszámmal rendelkező csoport esetén feltételezzük a telefontól való függés állapotát. A budapesti fiatal felnőttek 36,4%-ára (±1,5) volt jellemző a telefontól való függés, és nem volt szignifikáns különbség a férfiak és nők között ebből a szempontból (2. táblázat).

2. táblázat: A mobiltelefon-használat és a telefontól való függés előfordulása nemek szerint és összesen a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság körében (a BLS 2019 adatfelvétel alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Nem használ mobiltelefont	1873	0,4	1997	0,2	0,015	3870	0,3	±0,2
Csak hagyományos mobiltelefont használ		2,8		1,6			2,2	±0,4
Okostelefont (is) használ		96,7		98,2			97,5	±0,5
Telefontól való függés	1837	35,8	1961	37,0	0,461	3798	36,4	±1,5

Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.

2. A TELEFONTÓL VALÓ FÜGGÉS SZOCIODEMOGRÁFIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI MINTÁZÓDÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

A 18–64 éves népesség körében a telefontól való függés mintázódását leíró-statisztikai eszközökkel a főbb szociodemográfiai jellemzők – életkor, urbanizációs és kulturális státusz – mentén vizsgáltuk. Az életkori csoportok szerint a telefontól való függés előfordulási aránya szignifikánsan eltért a korcsoportok között: a 18–24 és a 25–34 éves korosztályokban volt a legmagasabb, 23,1% (±7,1) és 23,1% (±5,2), míg az 55–64 éves felnőttek körében a legalacsonyabb, 8,9% (±3,4) (3. táblázat). A telefontól való függés szignifikáns kapcsolatot mutatott a településmérettel is: hasonló volt a kis és nagy lakosságszámú vidéki településeken, 14,6% (±2,4); és 11,3% (±4,2), és sokkal magasabb a budapestiek körében, 29,3% (±6,1). A várható legmagasabb iskolai végzettség kategóriái szintén szignifikáns kapcsolatot mutattak a telefontól való függéssel. A 8 általánost vagy kevesebbet végzők körében volt a legalacsonyabb az arány, 4,8% (±3,4), míg a felsőfokú oktatási intézményt / egyetemet végzettek körében volt a legmagasabb, 22,5% (±5,3) (3. táblázat).

3. táblázat: A telefontól való függés mintázódása a főbb szociodemográfiai tényezők mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	N	%	χ^2 (df)	p	V
Korcsoport					
18–24	134	23,1	25,86 (4)	<0,001	0,14
25–34	255	23,1			
35–44	322	17,4			
45–54	283	13,1			
55–64	258	8,9			

	N	%	χ^2 (df)	p	V
Településméret					
<50 000	816	14,6	32,14 (2)	<0,001	0,16
≥50 000	222	11,3			
Budapest	215	29,3			
Várható legmagasabb iskolai végzettség					
8 általános vagy kevesebb	147	4,8	21,82 (3)	<0,001	0,13
szakmunkás	434	15,7			
érettségi	431	17,9			
felsőfok/egyetem utáni képzés	240	22,5			

Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V együttható; A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre

A telefontól való függés további kapcsolatát a szociodemográfiai és pszichológiai változókkal a 4. táblázat mutatja be. A táblázat tartalmazza az egyes háttérváltozók és a telefontól való függés közötti páronkénti, nemkontrollált kapcsolatokat, valamint egy többváltozós elemzés eredményeit.

A páronkénti, nemkontrollált elemzések eredményei alapján a fiatalabb életkor, a fővárosi lakhely, a magasabb iskolai végzettség, illetve a szakképzettség megléte, a több munkavégzéssel töltött idő, a magasabb jövedelem, a kevésbé hátrányos anyagi helyzet, a magasabb anómia-pontszám,[1] az élettel való nagyobb elégedettség, a magasabb általános jóllét, a nagyobb impulzivitás,[2] a nagyobb szenzoros élménykeresés,[3] a kisebb rumináció-pontszám,[4] a kevesebb aggodalmaskodás[5] és a kevesebb testi tünet járt együtt a telefontól való függés nagyobb kockázatával, továbbá a vallásos személyek esetében (összehasonlítva a nem vallásos / ateista személyekkel) szignifikánsan kisebb volt a telefontól való függés esélye.

A többváltozós elemzés során egy bináris logisztikus regressziós modell került létrehozásra a telefontól való függés magyarázatára (0 = Nincs jelen, 1

1 Anómia: a normaszegés és/vagy a hatalomnélküliség és/vagy az orientációhiány és/vagy az elidegenedés érzéseinek fokozott jelenléte.

2 Impulzivitás: amikor a válaszolóra jellemző a meggondolatlanság a cselekedeteiben, a tervezés hiánya és a figyelem megtartásának hiánya.

3 Szenzoros élménykeresés: ha a személyre inkább jellemző, hogy újszerű és intenzív élményeket keres, akár kockázatok árán is.

4 Rumináció: ha a válaszoló hajlamos negatív érzelmein, azok okain és következményein rágódni.

5 Aggodalmaskodás: ha a válaszolóra jellemző, hogy állandó jelleggel, sok helyzetben és kontrollálhatatlanul aggódik.

= Jelen van a telefontól való függés rizikója), ENTER-módszerrel, mely a szociodemográfiai és pszichológiai prediktor-változókat egyszerre tartalmazta. A létrehozott modell a telefontól való függés meglétének becslésére szignifikánsan jobbnak bizonyult, mint a kiindulási, prediktor-változókat még nem tartalmazó modell ($\chi^2(27)=179,87$; $p<0,001$; Cox & Snell $R^2=0,19$; Nagelkerke $R^2=0,32$), és összességében a résztvevők csoporttagságát 87,0%-ban, a telefontól való függéssel jellemezhető személyeket pedig 32,4%-ban jósolta be helyesen. A többváltozós bináris logisztikus regressziós modellbe bevont magyarázó változók közül a kérdezett életkora, a településméret, az anómia, az élettel való általános elégedettség és a rumináció bizonyult szignifikánsnak. Az életkor szignifikáns negatív együttjárást mutatott a telefontól való függéssel, vagyis az a fiatalabbak körében fordul inkább elő. A fővárosban lakás 76%-kal növelte a telefontól való függés esélyét. Az anómia és az élettel való általános elégedettség szignifikáns és pozitív kapcsolatot mutattak a telefontól való függéssel, míg a rumináció szignifikáns negatív kapcsolatot. Az anómia-összpontszám egységnyi növekedése esetén 17,5%-kal magasabb, az élettel való általános elégedettség egységnyi növekedése esetén több mint 200%-kal magasabb, a Ruminatív Válaszstílus Kérdőív egy egységnyi növekedése esetén pedig 7%-kal kisebb a telefontól való függés esélye.

4. táblázat: Bináris logisztikus regressziós modellek: szociodemográfiai és pszichológiai tényezők kapcsolata a telefontól való függéssel a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a telefontól való függéssel[6]		Többváltozós modell a telefontól való függés előrejelzésére[7]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Női nem (ref.: férfi nem)	0,76 [0,56–1,02]	0,071	0,88 [0,55–1,40]	0,584
Életkor	0,97 [0,96–0,98]	<0,001	0,97 [0,95–0,99]	0,003
Településméret (ref.: 50 ezer fő alatti lakosságú település)				
legalább 50 ezer fős vidéki város	0,75 [0,47–1,18]	0,209	0,82 [0,43–1,55]	0,536
Budapest	2,41 [1,70–3,43]	<0,001	1,76 [1,02–3,05]	0,043

6 A páronkénti kapcsolatok tesztelése külön-külön elvégzett bináris logisztikus regressziós modellek keretében történt, melyben a kimeneti változó a telefontól való függés (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg a magyarázó változó az adott sorban megemlített változó volt.

7 Bináris logisztikus regressziós modell, melyben a kimeneti változó a telefontól való függés (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg magyarázó változóként az első oszlopban felsorolt változókat egyszerre tartalmazta a modell (N=840; 60,7%).

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a telefontól való függéssel[6]		Többváltozós modell a telefontól való függés előrejelzésére[7]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: 8 általános vagy kevesebb)				
szakmunkás	3,68 [1,66–8,19]	0,001	1,23 [0,29–5,13]	0,782
érettségi	4,33 [1,95–9,59]	<0,001	1,04 [0,24–4,56]	0,958
felsőfok / egyetem utáni képzés	5,80 [2,57–13,10]	<0,001	1,94 [0,41–9,28]	0,406
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzetség hiánya)	3,15 [1,74–5,69]	<0,001	2,71 [0,88–8,37]	0,084
Intergenerációs képzettségi mobilitás (ref.: felfelé történő mobilitás)				
nincs mobilitás	1,27 [0,93–1,73]	0,130	0,93 [0,57–1,54]	0,783
lefelé történő mobilitás	0,93 [0,41–2,13]	0,863	0,98 [0,27–3,55]	0,971
Munkavégzéssel töltött idő (órák száma)	1,01 [1,00–1,02]	0,034	1,00 [0,99–1,02]	0,854
Háztartás havi nettó jövedelme (ref.: 125 ezer Ft vagy kevesebb)*				
126–180 ezer Ft	1,56 [0,17 –14,24]	0,692	–	
181–255 ezer Ft	1,45 [0,17–12,20]	0,731	–	
256–380 ezer Ft	4,16 [0,55–31,57]	0,169	–	
381–400 ezer Ft	28,29 [3,77–212,42]	0,001	–	
400 ezer Ft felett	15,28 [2,02–115,74]	0,008	–	
Hátrányos anyagi helyzet	0,95 [0,91–0,99]	0,018	0,94 [0,86–1,03]	0,181
Háztartásméret	1,06 [0,94–1,19]	0,331	0,98 [0,80–1,20]	0,836
Együttélő kapcsolat megléte (ref.: kapcsolat hiánya)*	0,71 [0,49–1,03]	0,068	–	
Családban előforduló kockázati magatartások száma	0,94 [0,85–1,05]	0,277	1,13 [0,97–1,33]	0,125
Vallásosság (ref.: nem vallásos / ateista)				
vallásos	0,45 [0,32–0,61]	<0,001	0,69 [0,43–1,10]	0,117
nem tudja	0,57 [0,29–1,09]	0,090	0,83 [0,33–2,05]	0,680
Anómia	1,04 [1,01–1,06]	0,002	1,18 [1,12–1,24]	<0,001
Élettel való elégedettség (általános)	1,74 [1,43–2,10]	<0,001	3,37 [2,34–4,83]	<0,001
Társas integráció	1,18 [1,00–1,41]	0,054	1,11 [0,82–1,51]	0,512
Általános jóllét	1,06 [1,01–1,12]	0,022	0,96 [0,88–1,05]	0,383
Impulzivitás	1,04 [1,01–1,07]	0,008	1,05 [0,99–1,12]	0,100
Szenzoros élménykeresés	1,03 [1,01–1,06]	0,008	1,01 [0,96–1,05]	0,825
Rumináció	0,95 [0,92–0,98]	0,002	0,93 [0,88–0,98]	0,012

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a telefontól való függéssel[6]		Többváltozós modell a telefontól való függés előrejelzésére[7]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Aggodalmaskodás	0,91 [0,86–0,97]	0,003	0,92 [0,83–1,03]	0,141
Testi tünetek	0,19 [0,09–0,38]	<0,001	0,58 [0,22–1,51]	0,263
Mentalizáció: bizonyosság	0,87 [0,74–1,02]	0,078	0,77 [0,54–1,10]	0,153
Mentalizáció: bizonytalanság	1,11 [0,75–1,65]	0,612	0,88 [0,43–1,81]	0,730

Megjegyzések. OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%-os konfidencia-intervallummal.
ref.: referenciakategória az adott változó tekintetében.
A szignifikáns (p<0,050) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.
* A prediktor-változót nem tartalmazza a többváltozós modell, mivel azon nagyszámú hiányzó adat található.

3. A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT LAKOSSÁG TELEFONTÓL VALÓ FÜGGÉSE NEMZETKÖZI KONTEXTUSBAN

Az eredmények alapján a magyarországi 18–64 éves felnőtt népesség háromnegyede használt okostelefont 2019-ben. Ez globális viszonylatban a húsz legnagyobb okostelefon-piac (Kína, India, Egyesült Államok, Brazília, Oroszország, Indonézia, Japán, Mexikó, Németország, Egyesült Királyság, Franciaország, Irán, Törökország, Vietnam, Fülöp-szigetek, Dél-Korea, Olaszország, Pakisztán, Spanyolország, Banglades) közül nagyjából Spanyolország okostelefon-penetrációjához hasonló, amely a penetráció szempontjából ötödik ebben a sorban (Newzoo, 2019). Magyarországon az okostelefon-használat nagyobb mértékben jellemzi a fiatalabb korosztályt és a fővárosban lakókat, ami a világ más országaiban is hasonló képet mutat (Deloitte, 2014).

Az okostelefon-használat mellett az eszköztől való függést is mértük, amely arra vonatkozott, hogy az egyén mennyire van „összenőve" a telefonjával, mennyire könnyen vagy nehezen tudja nélkülözni azt. Az eredmények alapján azt látjuk, hogy a fiatalabbak, a budapestiek, az életükkel elégedettebbek, a magasabb anómia pontszámokkal rendelkezők (vagyis azok, akikre inkább jellemző a normaszegés és/vagy a hatalomnélküliség és/vagy az orientációhiány és/vagy az elidegenedés érzéseinek fokozott jelenléte) és a problémákon kevésbé rágódók esetén erősebb a telefontól való függés, a telefonnal való szimbiotikus kapcsolat. Az, hogy a telefontól való függés (vagyis az azzal való szimbiotikus kapcsolat) nem áll összefüggésben a legtöbb olyan pszichológiai változóval, amelyeket a függőségek korrelátumaiként tartanak számon, összhangban van azzal a szakmai állásponttal, amely szerint az intenzív okostelefon-használat nem feltétlenül jár együtt negatív következményekkel (Liu et al., 2018). A vi-

deójátékok példájához hasonlóan – ami a legtöbbek számára egy egészséges időtöltési forma, amely még intenzív használat mellett is képes gazdagítani az egyén életét (Király et al., 2017) – az okostelefonok intenzív használata is ártalmatlan időtöltésnek számít a többség számára. Az okostelefonok ma már annyira sok funkcióval rendelkeznek (pl. ébresztőóra, térkép, jegyzetfüzet, online banki ügyintézés, vásárlás), hogy számos korábbi analóg eszközt helyettesítenek, és számos olyan tevékenység végezhető rajtuk, amelyekre korábban csak személyesen volt lehetőség. Emiatt egyre többen vannak, akik állandó jelleggel maguknál tartják és folyamatosan használják a telefonjukat. Jelen kutatásban is azt láthatjuk, hogy a telefontól való függés a magyarországi 18–64 éves felnőtt lakosság 16,5%-ára jellemző, azaz nagyjából minden hatodik felnőttre.

Ezzel szemben az okostelefonok problémás használata, melyeket olyan hosszabb kérdőívekkel mérnek, melyek számos problémát sorolnak fel (pl. a fontos feladatok elhanyagolása az okostelefon-használat miatt, konfliktus a családtagokkal) (pl. Kwon et al., 2013; Lin et al., 2014), jellemzően összefüggést mutat olyan különböző pszichológiai prediktorokkal, amelyek a szerhasználati vagy viselkedési zavarokat általában előre jelzik (Busch & McCarthy, 2021). Elhai et al. (2017) egy szisztematikus szakirodalmi áttekintő tanulmányukban például azt találták, hogy a problémás okostelefon-használat konzisztens kapcsolatot mutat a depressziós és a szorongásos tünetek súlyosságával, egy empirikus vizsgálatukban pedig azt, hogy együtt jár a ruminációval (Elhai et al., 2020). Carvalho et al. (2018) metaelemzése alapján a problémás okostelefon-használat szignifikáns kapcsolatot mutat az impulzivitással és a neuroticizmussal. Ezek közül a magyar felnőtt populációban egyedül az impulzivitás jelenik meg kockázati tényezőként a telefontól való függés esetén, és az is rendkívül kis hatásmértékkel. Összefoglalva tehát elmondható, hogy a nemzetközi és a hazai eredmények is azt mutatják, hogy a telefontól való függés (azaz a telefonnal való szimbiotikus kapcsolat) önmagában nem jár együtt negatív következményekkel, sem olyan személyiségvonásokkal és pszichológiai jellemzőkkel, amelyek a problémás használattal vagy a függőséggel általában kapcsolatban állnak.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Busch, P. A. & McCarthy, S. (2021). Antecedents and consequences of problematic smartphone use: A systematic literature review of an emerging research area. *Computers in Human Behavior, 114*, 106414.

Carvalho, L. F., Sette, C. P. & Ferrari, B. L. (2018). Problematic smartphone use relationship with pathological personality traits: Systematic review and meta-ana-

lysis. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, 12*(3), Article 5.

Deloitte. (2014). The smartphone generation gap: Over 55? There's no app for that. https://www2.deloitte.com/ke/en/pages/technology-media-and-telecommunications/articles/2014predictions-the-smartphone-generation-gap.html

Elhai, J. D., Dvorak, R. D., Levine, J. C. & Hall, B. J. (2017). Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. *Journal of Affective Disorders, 207,* 251–259.

Elhai, J. D., Yang, H., Dempsey, A. E. & Montag, C. (2020). Rumination and negative smartphone use expectancies are associated with greater levels of problematic smartphone use: A latent class analysis. *Psychiatry Research, 285,* 112845.

Király, O., Tóth, D., Urbán, R., Demetrovics, Zs. & Maraz, A. (2017). Intense video gaming is not essentially problematic. *Psychology of Addictive Behaviors, 31*(7), 807–817.

Kwon, M., Lee, J. Y., Won, W. Y., Park, J. W., Min, J. A., Hahn, C. ... & Kim, D. J. (2013). Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). *PloS ONE, 8*(2), e56936.

Lin, Y. H., Chang, L. R., Lee, Y. H., Tseng, H. W., Kuo, T. B. & Chen, S. H. (2014). Development and validation of the Smartphone Addiction Inventory (SPAI). *PloS ONE, 9*(6), e98312.

Liu, Q. Q., Zhang, D. J., Yang, X. J., Zhang, C. Y., Fan, C. Y. & Zhou, Z. K. (2018). Perceived stress and mobile phone addiction in Chinese adolescents: a moderated mediation model. *Computers in Human Behavior, 87,* 247–253.

Lopez-Fernandez, O., Kuss, D. J., Pontes, H. M., Griffiths, M. D., Dawes, C., Justice, L. V. ... & Billieux, J. (2018). Measurement invariance of the short version of the Problematic Mobile Phone Use Questionnaire (PMPUQ-SV) across eight languages. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(6), 1213.

Newzoo. (2019). *Newzoo Global Mobile Market Report 2019 – Light Version.* https://newzoo.com/insights/trend-reports/newzoo-global-mobile-market-report-2019-light-version/

Király Orsolya – Demetrovics Zsolt – Paksi Borbála

VIDEÓJÁTÉK-HASZNÁLAT[1]

1. A VIDEÓJÁTÉK-HASZNÁLAT ÉS A JÁTÉKHASZNÁLATI ZAVAR RIZIKÓJÁNAK ELTERJEDTSÉGE

A játékhasználati zavar rizikójának mértékét jelen kutatásban a Tíztételes internetesjáték-használati zavar teszt (Ten-Item Internet Gaming Disorder Test; IGDT-10; Király, Sleczka et al., 2017, Király et al., 2019) segítségével mértük. A kérdőív a videójáték-használattal kapcsolatos függőségi tüneteket és problémákat (pl. kontrollvesztés, teljesítményromlás, megvonási tünetek, fontos kapcsolatos elvesztése) méri.[2]

1.1. A videójáték-használat és a játékhasználati zavar rizikójának elterjedtsége a felnőtt lakosság körében

A magyarországi 18–64 éves népesség 40,7%-a (±2,6) játszott valamilyen videójátékot élete során, a videójáték-használat éves prevalencia-értéke (LYP) 16,6% (±2,0), a kérdezést megelőző 30 napban használók aránya (LMP) pedig 10,7% (±1,6). A férfiak mindegyik kategóriában szignifikánsan magasabb értékeket mutatnak, mint a nők (LTP: $\chi^2(1)=74,80$; $p<0,001$; $\varphi=-0,23$; LYP: $\chi^2(1)=31,33$; $p<0,001$; $\varphi=-0,15$; LMP: $\chi^2(1)=21,90$; $p<0,001$; $\varphi=-0,13$;) (1. táblázat). Azok, akik az elmúlt 30 napban videójátékoztak, saját becslésük szerint hetente átlagosan 8,19 órát (SD=6,25) töltöttek ezzel a tevékenységgel. A nemi különb-

1 Videójáték: olyan elektronikus játék, amelyet digitális eszközökön (pl. számítógép, játékkonzol, okostelefon) lehet játszani. Népszerű szabadidős tevékenység, amelyet egyedül vagy másokkal közösen lehet játszani, egyre komplexebb és valósághűbb virtuális terekben. Számos játéktípus létezik, a legnépszerűbbek a lövöldözős játékok, az akció-kaland játékok, az online sokszereplős szerepjátékok, a sportjátékok stb.

2 Azokat tekintettük a játékhasználati zavar rizikójával jellemezhetők csoportjába tartozónak, akiknél a Tíztételes internetesjáték-használati zavar teszt (Ten-Item Internet Gaming Disorder Test; IGDT-10; Király, Sleczka et al., 2017, Király et al., 2019) összpontszáma elérte az 5-ös küszöbértéket.

ségek a heti videójátékozással töltött idő esetén is szignifikánsak (férfiak = 9,19 óra (SD=6,85), nők = 6,41 óra (SD=4,54); t=2,76(123), p=0,007).

A magyarországi 18–64 éves lakosság körében a játékhasználati zavar rizikójának előfordulása 0,2% (±0,2), a kérdezést megelőző 30 napban játszók körében pedig 1,5% (±2,1). A játékhasználati zavar rizikójának jelenléte kapcsán fontos megjegyeznünk, hogy a mért adatokhoz 95%-os megbízhatósági szinten tartozó konfidencia-intervallum a teljes lakosság és a játékosok (elmúlt 30 napban játszók) esetében is magában foglalja a 0 értéket, ami a kapott arányok nagyfokú bizonytalanságára, az eredmények óvatos kezelésének szükségességére utal. Ez az ilyen alacsony prevalenciájú jelenségek esetében természetes (Maraz et al., 2015). Azoknak az arányát, akiknél megjelentek a játékhasználati zavar tünetei[3] – függetlenül attól, hogy elérik-e a játékhasználati skálán meghatározott küszöbértéket –, már biztonságosabban tudjuk becsülni. Kutatásunk a 18–64 éves lakosság 1,0%-ánál (±0,5), a kérdezést megelőző 30 napban játszóknak pedig 10,7%-ánál (±5,3) jelezte a játékhasználati zavar tüneteinek megjelenését. A férfiak és nők között nem volt szignifikáns különbség sem a játékhasználati zavar rizikója ($\chi^2(1)=0,01$; p=0,919; φ=–0,003), sem a tünetek jelenléte tekintetében ($\chi^2(1)=0,29$; p=0,588; φ=–0,015) (1. táblázat).

1. táblázat: A videójáték-használat különböző idejű prevalencia-értékei és a játékhasználati zavar rizikójának, illetve tüneteinek előfordulása nemek szerint és összesen a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Videójátékozott már az élete során (LTP)	640	53,0	728	30,0	<0,001	1368	40,7	±2,60
Videójátékozott az elmúlt évben (LYP)	639	22,5	728	11,3	<0,001	1368	16,6	±1,97
Videójátékozott az elmúlt 30 napban (LMP)	644	14,9	734	7,1	<0,001	1377	10,7	±1,63
A játékhasználati zavar rizikója	632	0,2	729	0,1	0,919	1361	0,2	±0,23
A játékhasználati zavar tüneteit mutatják	631	1,1	729	0,8	0,588	1361	1,0	±0,53

Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.

1.2. A videójáték-használat és a játékhasználati zavar rizikójának elterjedtsége a budapesti fiatal felnőttek körében

3 A játékhasználati zavar tüneteit mutatók közé azokat soroltuk, akik a Tíztételes internetesjáték-használati zavar teszten legalább 1 pontot elértek.

A Budapesti Longitudinális Kutatás (Budapest Longitudinal Study; BLS) 2019-es vizsgálatának eredményei alapján a budapesti 18–34 éves fiatal felnőttek 62,6%-a (±1,5) videójátékozott már az élete során, 29,4%-a (±1,4) a kérdezést megelőző évben, és 16,5%-a (±1,2) a kérdezést megelőző 30 napban is. Ezek az arányok lényegesen magasabbak, mint a 18–64 éves felnőtt lakosság körében országosan mért arányok. A nemi mintázódás ugyanakkor hasonló a felnőtt lakosság körében országosan tapasztalthoz: a budapesti fiatal felnőtt férfiak prevalencia-értékei is rendre magasabbak, mint a nők esetében kapott értékek (LTP: $\chi^2(1)=160,52$; $p<0,001$; $\varphi=-0,20$; LYP: $\chi^2(1)=116,86$; $p<0,001$; $\varphi=-0,18$; LMP: $\chi^2(1)=110,35$; $p<0,001$; $\varphi=-0,17$;) (2. táblázat). Azok a fővárosi fiatal felnőttek, akik az elmúlt 30 napban videójátékoztak, saját becslésük alapján hetente átlagosan 9,11 órát (SD=7,64) töltöttek ezzel a tevékenységgel, ami közel egy órával több, mint a felnőtt lakosság körében országosan kapott átlagérték. A nemi különbségek a heti videójátékozással töltött idő esetén is szignifikánsak (férfiak = 10,80 óra (SD=8,39), nők = 5,71 óra (SD=4,17); $t=9,91(594)$, $p<0,001$).

A budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt mintánkban (N=3827) nem volt olyan válaszoló, aki elérte volna a játékhasználati zavar teszt küszöbértékét, azaz akik esetében fennállt volna a játékhasználati zavar rizikója. A játékhasználati tüntetek megjelenése alapján azonban a budapesti 18–34 éves fiatal felnőttek 1,1%-a (±0,3) érintettnek tekinthető, amely – a mérés hibahatárát figyelembe véve – hasonló arány a felnőttek körében országosan mérthez, és e tekintetben is szignifikáns különbség tapasztalható a nemek között ($\chi^2(1)=12,61$; $p<.001$; $\varphi=-0,6$) (2. táblázat).

2. táblázat: A videójáték-használat különböző idejű prevalencia-értékei és a játékhasználati zavar rizikójának, illetve tüneteinek előfordulása nemek szerint és összesen a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság körében (a BLS 2019 adatfelvétel alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Videójátékozott már az élete során (LTP)	1855	72,8	1989	53,0	<0,001	3845	62,6	±1,5
Videójátékozott az elmúlt évben (LYP)	1849	37,6	1988	21,7	<0,001	3837	29,4	±1,4
Videójátékozott az elmúlt 30 napban (LMP)	1861	23,0	1994	10,4	<0,001	3855	16,5	±1,2
A játékhasználati zavar rizikója	–	–	–	–	–	3827	0,0	±0,0
Vannak játékhasználati zavar tünetei	1839	1,7	1988	0,5	<0,001	3827	1,1	±0,3

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.								

2. A VIDEÓJÁTÉK-HASZNÁLAT SZOCIODEMOGRÁFIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI MINTÁZÓDÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

Mivel – mint azt az előző részben láthattuk – az OLAAP 2019-es kutatás alapján a magyarországi 18–64 éves lakosság körében a játékhasználati zavar rizikójának előfordulása 0,2% (±0,2), azaz a mintánkban mindössze két személy esetében érte el a játékhasználati zavar teszt összpontszáma a küszöbértéket, ezért a videójáték-használathoz kapcsolódóan nem a játékhasználati zavar, hanem az aktuális (előző 30 napban előforduló) videójáték-használat mintázódását vizsgáljuk.

A 18–64 éves népesség körében az aktuális videójáték-használat tekintetében megjelenő mintázódásokat leíró-statisztikai eszközökkel a főbb szociodemográfiai jellemzők – életkor, urbanizációs és kulturális státus – mentén mutatjuk be. Az életkori csoportok szerint a videójáték-használat előfordulási aránya tekintetében közepes erősségű szignifikáns különbségek mutatkoztak: a 18–24 éves korcsoportban volt a legmagasabb, 23,6% (±6,6), míg az 55–64 évesek körében a legalacsonyabb, 3,6% (±2,2), és a havi prevalencia egyenletes csökkenést mutatott az életkori kategóriák növekedésének mentén (3. táblázat). Emellett az előző havi videójáték-használat gyenge szignifikáns kapcsolatot mutatott a várható legmagasabb iskolai végzettség kategóriáival is: a havi prevalencia-érték a 8 általános vagy alacsonyabb végzettséggel rendelkezők körében volt a legalacsonyabb, 3,8% (±2,9), míg az érettségizettek és a felsőfokú oktatási intézményt / egyetemet végzettek körében volt a legmagasabb, 12,8% (±3,0) és 13,0% (±4,1) (3. táblázat). Szignifikáns urbanizációs mintázat azonban nem volt megfigyelhető.

3. táblázat: Az aktuális videójáték-használat mintázódása a főbb szociodemográfiai tényezők mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	N	%	χ^2 (df)	p	V
Korcsoport					
18–24	161	23,6			
25–34	279	15,4			
35–44	353	11,3	57,77 (4)	<0,001	0,21
45–54	305	5,6			
55–64	280	3,6			
Településméret					
<50 000	905	10,5			
≥50 000	242	10,3	0,56 (2)	0,757	0,02
Budapest	231	12,1			
Várható legmagasabb iskolai végzettség					
8 általános vagy kevesebb	160	3,8			
szakmunkás	482	9,8	12,21 (3)	0,007	0,09
érettségi	475	12,8			
felsőfok/egyetem utáni képzés	262	13,0			

Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V együttható; A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre

Az aktuális videójáték-használat további kapcsolatát a szociodemográfiai és pszichológiai változókkal a 4. táblázat mutatja be. A táblázat tartalmazza az egyes háttérváltozók és a videójáték-használat havi prevalencia-értéke közötti páronkénti, nemkontrollált kapcsolatokat, valamint egy többváltozós elemzés eredményeit.

A páronkénti, nem kontrollált elemzések eredményei alapján a férfi nem, a fiatalabb életkor, a magasabb iskolai végzettség, a kevesebb munkavégzéssel töltött idő,[4] a nagyobb háztartásméret, az együttélő kapcsolat hiánya, a nagyobb társas integráció, a nagyobb impulzivitás[5] és a nagyobb szenzoros élménykeresés[6] járt együtt az aktuális videójáték-használattal, továbbá a vallásos szemé-

4 A munkavégzéssel töltött idő esetében a konfidencia-intervallum tartalmazza az 1-et, ami a kapcsolat bizonytalanságára utal.

5 Impulzivitás: amikor a személyre jellemző a meggondolatlanság a cselekedeteiben, a tervezés hiánya és a figyelem megtartásának hiánya.

6 Szenzoros élménykeresés: amikor a személyre jellemző, hogy újszerű és intenzív élményeket keres, akár kockázatok árán is.

lyek esetében (összehasonlítva a nem vallásos / ateista személyekkel) szignifikánsan kisebb volt az aktuális videójáték-használat esélye.

A többváltozós elemzés során egy bináris logisztikus regressziós modellt hoztunk létre az aktuális videójáték-használat magyarázatára (0 = Nem videójátékozott a kérdezést megelőző 30 napban, 1 = Videojátékozott a kérdezést megelőző 30 napban), ENTER-módszerrel, mely a szociodemográfiai és pszichológiai prediktor változókat egyszerre tartalmazta. A létrehozott bináris logisztikus regressziós modell az aktuális videójáték-használat becslésére szignifikánsan jobbnak bizonyult, mint a kiindulási, prediktor változókat még nem tartalmazó modell ($\chi^2(28)=88,38$; $p<0,001$; Cox & Snell $R^2=0,10$; Nagelkerke $R^2=0,21$). A létrehozott modell 90,3%-ban helyesen jósolja be a résztvevők csoporttagságát összességében, ami csupán csekély mértékű, 0,8%-nyi emelkedést jelent a kiindulási modell által nyújtott klasszifikációs teljesítményhez (89,5%) képest, s mindössze 11,0%-ban jósolta be helyesen a videójáték-használattal jellemezhető személyeket.

A többváltozós bináris logisztikus regressziós modellbe bevont magyarázó változók közül – a többi változó kontroll alatt tartása mellett – a kérdezett életkora, a szakképzettség megléte, az élettel való általános elégedettség, a szenzoros élménykeresés, az aggodalmaskodás[7] és a mentalizáció/reflektív funkciók bizonyosság altípusa[8] bizonyultak szignifikánsnak. Az életkor szignifikáns negatív együttjárást mutatott az elmúlt havi videójátékhasználattal: az életkor növekedésével évente 4%-kal csökken az aktuális videójáték-használat esélye, vagyis az a fiatalabbak körében fordul inkább elő. Az élettel való általános elégedettség esetében szintén szignifikáns negatív összefüggés tapasztalható: az index 1 egységnyi növekedése esetén 32%-kal kisebb a videójáték-használat esélye. A szakképzettség megléte esetén több mint négyszeresével volt nagyobb az aktuális videójáték-használat esélye. A szenzoros élménykeresés, az aggodalmaskodás és a mentalizáció / reflektív funkciók bizonyosság altípusa szintén szignifikáns pozitív kapcsolatot mutatott a videójáték-használat aktuális jelenlétével. A mentalizáció / reflektív funkciók bizonyosság altípus összpontszámának egy egységnyi növekedése esetén kétszer, a szenzoros élménykeresés pontszám növekedése esetén 8%-kal, az aggodalmaskodás pontszám emelkedésével pedig 16%-kal nagyobb az elmúlt 30 napban a videójáték-használat előfordulásának esélye.

7 Aggodalmaskodás: ha a válaszolóra inkább az jellemző, hogy állandó jelleggel, sok helyzetben, és kontrollálhatatlanul aggódik.

8 A mentalizáció / reflektív funkciók bizonyosság altípus: amikor a személyre egy merev gondolkodási stílus jellemző, amely révén magabiztos vagy bizonyos abban, hogy saját viselkedése és a másoké milyen mentális állapotoknak (pl. érzelmeknek, gondolatoknak, szükségleteknek) tulajdoníthatóak.

4. táblázat: Bináris logisztikus regressziós modellek: szociodemográfiai és pszichológiai tényezők kapcsolata az aktuális videójáték-használattal a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a videójáték-használattal[9]		Többváltozós modell a videójáték-használat előrejelzésére[10]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Női nem (ref.: férfi nem)	0,43 [0,30–0,62]	<0,001	0,58 [0,33–1,02]	0,056
Életkor	0,95 [0,94–0,96]	<0,001	0,96 [0,94–0,99]	0,004
Testtömeg-index (BMI)	0,97 [0,93–1,02]	0,232	1,04 [0,98–1,11]	0,243
Településméret (ref.: 50 ezer fő alatti lakosságú település)				
legalább 50 ezer fős vidéki város	0,96 [0,60–1,54]	0,873	0,75 [0,36–1,55]	0,431
Budapest	1,17 [0,75–1,83]	0,495	1,56 [0,81–2,99]	0,184
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: 8 általános vagy kevesebb)				
szakmunkás	2,91 [1,20–7,09]	0,019	2,90 [0,49–17,04]	0,239
érettségi	4,01 [1,66–9,66]	0,002	2,31 [0,38–14,07]	0,363
felsőfok/egyetem utáni képzés	4,06 [1,63–10,09]	0,003	2,82 [0,41–19,40]	0,292
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzetség hiánya)	1,57 [0,92–2,68]	0,099	4,28 [1,11–16,48]	0,035
Intergenerációs képzettségi mobilitás (ref.: felfelé történő mobilitás)				
nincs mobilitás	1,04 [0,72–1,49]	0,847	1,00 [0,55–1,81]	1,000
lefelé történő mobilitás	2,25 [1,11–4,56]	0,025	2,69 [0,80–9,01]	0,109
Munkavégzéssel töltött idő (órák száma)	0,99 [0,98–1,00]	0,042	1,00 [0,98–1,01]	0,533
Háztartás havi nettó jövedelme (ref.: 125 ezer Ft vagy kevesebb)*				
126–180 ezer Ft	0,44 [0,10–1,92]	0,276	–	
181–255 ezer Ft	0,77 [0,22–2,69]	0,678	–	

9 A páronkénti kapcsolatok tesztelése külön-külön elvégzett bináris logisztikus regressziós modellek keretében történt, melyben a kimeneti változó a videójáték-használat előfordulása a kérdezést megelőző 30 nap során (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg a magyarázó változó az adott sorban megemlített változó volt.

10 Bináris logisztikus regressziós modell, melyben a kimeneti változó a videójáték-használat előfordulása a kérdezést megelőző 30 nap során (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg magyarázó változóként az első oszlopban felsorolt változókat egyszerre tartalmazta a modell (N=814; 58,8%).

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a videojáték-használattal[9]		Többváltozós modell a videojáték-használat előrejelzésére[10]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
256–380 ezer Ft	0,98 [0,29–3,27]	0,976	–	
381–400 ezer Ft	1,42 [0,41–4,94]	0,579	–	
400 ezer Ft felett	1,70 [0,49–5,83]	0,401	–	
Hátrányos anyagi helyzet	0,96 [0,92–1,01]	0,114	0,94 [0,84–1,04]	0,198
Háztartásméret	1,27 [1,12–1,43]	<0,001	1,15 [0,93–1,43]	0,196
Együttélő kapcsolat megléte (ref.: kapcsolat hiánya)*	0,35 [0,23–0,51]	<0,001	–	
Családban előforduló kockázati magatartások száma	1,05 [0,94–1,18]	0,356	1,04 [0,87–1,24]	0,656
Vallásosság (ref.: nem vallásos / ateista)				
vallásos	0,52 [0,36–0,76]	0,001	0,69 [0,39–1,22]	0,196
nem tudja	0,97 [0,50–1,88]	0,918	1,12 [0,45–2,71]	0,826
Anómia	1,00 [0,97–1,02]	0,769	1,04 [0,99–1,10]	0,149
Élettel való elégedettség (általános)	0,84 [0,71–1,01]	0,061	0,68 [0,48–0,97]	0,034
Társas integráció	1,44 [1,18–1,76]	<0,001	0,90 [0,63–1,28]	0,544
Általános jóllét	1,05 [0,99–1,12]	0,096	1,08 [0,97–1,21]	0,171
Impulzivitás	1,04 [1,00–1,08]	0,031	1,01 [0,95–1,09]	0,683
Szenzoros élménykeresés	1,09 [1,06–1,12]	<0,001	1,08 [1,03–1,14]	0,002
Rumináció	1,02 [0,99–1,05]	0,300	1,01 [0,95–1,07]	0,778
Aggodalmaskodás	1,03 [0,97–1,09]	0,301	1,16 [1,03–1,30]	0,014
Testi tünetek	0,81 [0,47–1,41]	0,464	0,81 [0,33–2,00]	0,650
Mentalizáció: bizonyosság	1,01 [0,84–1,21]	0,948	2,00 [1,31–3,05]	0,001
Mentalizáció: bizonytalanság	1,02 [0,64–1,64]	0,935	0,91 [0,40–2,09]	0,828

Megjegyzések. OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%-os konfidencia-intervallummal.
ref.: referenciakategória az adott változó tekintetében.
A szignifikáns (p<0,050) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.
* A prediktor-változót nem tartalmazza a többváltozós modell, mivel azon nagyszámú hiányzó adat található.

3. A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT LAKOSSÁG VIDEÓJÁTÉK-HASZNÁLATA NEMZETKÖZI KONTEXTUSBAN

A videójáték-használat elterjedtsége a magyarországi 18–64 éves népesség körében meglehetősen alacsony. Ugyan a népesség közel fele videójátékozott már életében, a kérdezést megelőző 30 napban csak mintegy minden tizedik személy. Ezek az arányok jóval alacsonyabbak, mint egy amerikai felnőttek véletlen mintáján végzett felmérés eredményei, amely szerint az amerikai felnőttek fele játszik aktuálisan videójátékokkal, és 10%-uk tekinti magát „gamer"-nek[11] (Pew Research Center, 2015). A budapesti fiatal felnőttek esetén az arányok valamivel magasabbak, ami megfelel a várakozásoknak, lévén, hogy a videójátékokkal való játék elsősorban a fiatalabb korosztály kedvelt kikapcsolódási tevékenysége (Entertainment Software Association, 2020). Egy 2011-es hazai iskolások körében végzett reprezentatív felmérés eredményei szerint a magyarországi 16 évesek több mint fele (55,6%) játszott online videójátékokkal a megkérdezést megelőző 30 napban (Pápay et al., 2013).

A férfiak körében a videójáték-használat szignifikánsan elterjedtebb, mint a nők körében, ami szintén összhangban van a nemzetközi és a hazai felmérések eredményeivel (pl. Su et al., 2020). Az érettségivel és felsőfokú végzettséggel rendelkezők körében szignifikánsan magasabb a videójáték-használat aránya, mint az alacsonyabb végzettségűek körében, ami szintén összhangban van a nemzetközi eredményekkel (Clement, 2021).

A magyarországi felnőtt népesség körében végzett páronkénti, nemkontrollált elemzések eredményei szerint a nagyobb háztartásméret, az együttélő kapcsolat hiánya, a nagyobb társas integráció, a nagyobb impulzivitás és a nagyobb szenzoros élménykeresés járt együtt az aktuális videójátékhasználattal, valamint a vallásos személyek esetén szignifikánsan kisebb volt az aktuális videójáték-használat esélye, mint a nem vallásos / ateista személyek esetén. A háztartásméret és a vallásosság vonatkozásában mutatkozó videójáték-használati mintázódásokra nem találtunk hasonló eredményeket a nemzetközi szakirodalomban. Egy magyarul, perzsául (Irán), franciául, angolul, norvégül, csehül és spanyolul (Peru) beszélő játékosokból álló mintán végzett elemzés alapján a videójátékosok között az egyedülállóak aránya a legmagasabb (pl. Király et al., 2019), ami összhangban van a jelenlegi kutatásunk azon eredményével, mely szerint az együttélő kapcsolat hiánya együttjárást mutat az aktuális videójáték-használat előfordulásával. A hazai felnőtt népességben a videó-

11 Általában azokat hívják „gamer"-eknek, akik az átlagosnál többet játszanak, és akik számára a videójátékozás a saját identitásuk meghatározásában is szerepet kap.

játék-használók körében mutatkozó nagyobb társas integrációval kapcsolatos eredmény szintén összhangban van a nemzetközi szakirodalom vonatkozó megállapításaival (pl. Griffiths et al., 2003), amely szembemegy azzal a régi, de még mindig érzékelhető sztereotípiával, amely szerint a videójátékokkal játszó emberek magányosak és nincsenek barátaik (Kowert et al., 2014; Schiano et al., 2014). Az impulzivitás és a szenzoros élménykeresés pszichológiai jellemzőkkel elsősorban a játékhasználati zavarral kapcsolatos kutatások foglalkoznak, és az eredmények alapján a videójátékok problémás (függő) használata szignifikáns pozitív együttjárást mutat mind az impulzivitással (Şalvarlı & Griffiths, 2019), mind a szenzoros élménykereséssel (Mehroof & Griffiths, 2010). Ezek alapján, s mivel a videójátékok központi tulajdonsága, hogy izgalmasak és olyan élményeket nyújtanak, amelyek kifejezetten vonzóak azok számára, akik kedvelik az újszerű és intenzív élményeket, akár kockázatok árán is, várható volt, hogy az OLAAP 2019 kutatás során vizsgált problémamentes videójáték-használat is összefüggést mutasson a szenzoros élménykereséssel.

A többváltozós bináris logisztikus regresszió eredményei alapján az aktuális videójáték-használat vegyes képet mutat a pszichológiai korrelátumok szempontjából. Összefügg az élettel való alacsonyabb általános elégedettséggel, a szenzoros élménykereséssel, az aggodalmaskodással és a mentalizáció / reflektív funkciók bizonyosság altípusával. Nem függ viszont össze az általános jólléttel, az impulzivitással, a ruminációval,[12] a testi tünetekkel és a mentalizáció/reflektív funkciók bizonytalanság altípusával.[13] A vonatkozó szakirodalom kizárólag a problémás használat korrelátumait vizsgálja, a videójáték-használat korrelátumait nem. A nemzetközi kutatások eredményei alapján a problémás játék, avagy a játékhasználati zavar erős negatív kapcsolatban áll az élettel való elégedettséggel (Bargeron & Hormes, 2017; Mentzoni et al., 2011) és az impulzivitással (Ding et al., 2014; Yen et al., 2017), közepes negatív kapcsolatban áll a szenzoros élménykereséssel (Mehroof & Griffiths, 2010), gyenge negatív kapcsolatban áll az általános jólléttel (Verlinden et al., 2021) és a ruminációval (Kökönyei et al., 2019), és eltérő mértékű szignifikáns kapcsolatban áll a különböző, fizikai egészséggel kapcsolatos változókkal (Männikkö et al., 2020). Az aggodalmaskodás és a mentalizációra / reflektív funkciókra vonatkozóan nem találtunk szakirodalmi adatokat.

12 Rumináció: ha a válaszoló inkább hajlamos negatív érzelmein, azok okain és következményein rágódni.

13 A mentalizáció / reflektív funkciók bizonytalansága altípus: amikor a személy nem vagy csak nehezen képes figyelembe venni a mentális állapotok jellemzőit (pl. érzelmek, gondolatok, szükségletek) a saját és mások viselkedéseinek magyarázata során.

Az, hogy a játékhasználat nem áll összefüggésben azoknak a pszichológiai változóknak a többségével, amelyeket a függőségek és a játékhasználati zavar korrelátumaiként tartanak számon, összhangban van azzal a szakmai állásponttal, amely szerint a videójátékok használata a többség esetén egy egészséges szabadidős tevékenység, és önmagában az intenzív használat nem jó előrejelzője a tevékenység problémásságának (pl. Király, Tóth et al., 2017). Ugyanakkor az, hogy bizonyos változókkal találtunk együttjárást (pl. az élettel való alacsonyabb általános elégedettséggel), támogatja azt a gondolatot, mely szerint a videójátékok alkalmasak arra, hogy könnyen sikerélményhez juttassák a játékosokat, és örömet okozzanak nekik, amit az életükben esetleg nehezebben érhetnének el, és emiatt motiváltakká válnak arra, hogy ezeket a szükségleteiket a játékok révén elégítsék ki.

Végül a játékhasználati zavar előfordulása a 18–64 éves magyar lakosság körében kifejezetten alacsony, mindössze 0,2%, s a játékosok körében is csak 1,5%. Ez lényegesen alacsonyabb előfordulás, mint amit a témában készített felnőtt mintás kutatások és metaelemzések találtak. Przybylski et al. (2017) kvótás mintavétellel nyert négy, főleg amerikai, angol, kanadai és német felnőttekből álló mintát vizsgáló kutatása alapján az öt vagy több internetesjáték-használati zavar kritériumát teljesítő válaszadók[14] aránya 1,2% és 2,8% között változott a négy mintában. Egy átfogó, különböző típusú mintákat (serdülő és felnőtt, kényelmi és reprezentatív) magába foglaló metaelemzés eredményei alapján a játékhasználati zavar kockázatának a globális előfordulása 3,1% [CI: 2,4–3,9] volt, ha pedig csak a reprezentatív minták kerültek be az elemzésbe, akkor 2,0% [CI: 0,2–17,1] (Stevens et al., 2020). Mivel jellemzően alacsony előfordulási gyakoriságú zavarról van szó, sokkal nagyobb mintára volna szükség ahhoz, hogy megbízható populációs becslést tehessünk, illetve hogy annak kockázati tényezőit elemezni tudjuk.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Bargeron, A. H. & Hormes, J. M. (2017). Psychosocial correlates of internet gaming disorder: Psychopathology, life satisfaction, and impulsivity. *Computers in Human Behavior, 68*, 388–394.

14 Jelen kutatásban szintén az öt vagy több internetesjáték-használati zavar kritériumot teljesítő válaszadókat tekintettük a játékhasználati zavar rizikójával jellemezhető csoportba tartozóknak.

Clement, J. (2021). *Distribution of video gamers in the United States as of January 2018, by education level.* Elérhető: https://www.statista.com/statistics/499707/share-consumers-ever-play-video-games-by-education-level-usa/

Ding, W.-n., Sun, J.-h., Sun, Y.-w., Chen, X., Zhou, Y., Zhuang, Z.-g., … Du, Y.-s. (2014). Trait impulsivity and impaired prefrontal impulse inhibition function in adolescents with internet gaming addiction revealed by a Go/No-Go fMRI study. *Behavioral and Brain Functions, 10,* 20. doi: 10.1186/1744-9081-10-20

Entertainment Software Association. (2020). *Essential facts about the computer and video game industry.* Elérhető: https://www.theesa.com/wp-content/uploads/2021/03/Final-Edited-2020-ESA_Essential_facts.pdf

Griffiths, M. D., Davies, M. N. O. & Chappell, D. (2003). Breaking the stereotype: The case of online gaming. *CyberPsychology & Behavior, 6*(1), 81–91.

Király, O., Bőthe, B., Diaz, J. R., Rahimi-Movaghar, A., Lukavska, K., Hrabec, O., . . . Demetrovics, Zs. (2019). Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10): Measurement invariance and cross-cultural validation across seven language-based samples. *Psychology of Addictive Behaviors, 33,* 91–103. doi: 10.1037/adb0000433

Király, O., Sleczka, P., Pontes, H. M., Urbán, R., Griffiths, M. D. & Demetrovics, Zs. (2017). Validation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) and evaluation of the nine DSM-5 Internet Gaming Disorder criteria. *Addictive Behaviors, 64,* 253–260. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.11.005

Király, O., Tóth, D., Urbán, R., Demetrovics, Z. & Maraz, A. (2017). Intense video gaming is not essentially problematic. *Psychology of Addictive Behaviors, 31*(7), 807–817. doi: 10.1037/adb0000316

Kökönyei, G., Kocsel, N., Király, O., Griffiths, M. D., Galambos, A., Magi, A., … Demetrovics, Zs. (2019). The role of cognitive emotion regulation strategies in problem gaming among adolescents: A nationally representative survey study. *Frontiers in Psychiatry, 10,* 273. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00273

Kowert, R., Festl, R. & Quandt, T. (2014). Unpopular, overweight, and socially inept: Reconsidering the stereotype of online gamers. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 17*(3), 141–146.

Männikkö, N., Ruotsalainen, H., Miettunen, J., Pontes, H. M. & Kääriäinen, M. (2020). Problematic gaming behaviour and health-related outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology, 25*(1), 67–81. doi: 10.1177/1359105317740414

Maraz, A., Király, O. & Demetrovics, Z. (2015). The diagnostic pitfalls of surveys: if you score positive on a test of addiction, you still have a good chance not to be addicted. A response to Billieux et al. 2015. *Journal of Behavioral Addictions, 4*(3), 151–154. doi: 10.1556/2006.4.2015.026

Mehroof, M. & Griffiths, M. D. (2010). Online Gaming Addiction: The Role of Sensation Seeking, Self-Control, Neuroticism, Aggression, State Anxiety, and Trait

Anxiety. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 13*(3), 313–316. doi: 10.1089/cyber.2009.0229

Mentzoni, R. A., Brunborg, G. S., Molde, H., Myrseth, H., Skouveroe, K. J., Hetland, J. & Pallesen, S. (2011). Problematic video game use: estimated prevalence and associations with mental and physical health. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 14*(10), 591–596. doi: 10.1089/cyber.2010.0260

Pápay, O., Urbán, R., Griffiths, M. D., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Elekes, Z., … Demetrovics, Zs. (2013). Psychometric properties of the Problematic Online Gaming Questionnaire Short-Form (POGQ-SF) and prevalence of problematic online gaming in a national sample of adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 16*(5), 340–348. doi: 10.1089/cyber.2012.0484

Pew Research Center. (2015). *Gaming and Gamers*. https://www.pewresearch.org/internet/2015/12/15/who-plays-video-games-and-identifies-as-a-gamer/

Przybylski, A. K., Weinstein, N. & Murayama, K. (2017). Internet gaming disorder: Investigating the clinical relevance of a new phenomenon. *American Journal of Psychiatry, 174*(3), 230–236. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16020224

Şalvarlı, Ş. İ. & Griffiths, M. D. (2019). The association between internet gaming disorder and impulsivity: A systematic review of literature. *International Journal of Mental Health and Addiction*. doi: 10.1007/s11469-019-00126-w

Schiano, D. J., Nardi, B., Debeauvais, T., Ducheneaut, N. & Yee, N. (2014). The "lonely gamer" revisited. *Entertainment Computing, 5*(1), 65–70.

Stevens, M. W., Dorstyn, D., Delfabbro, P. H. & King, D. L. (2020). Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 55*(6), 553–568. doi: 10.1177/0004867420962851

Su, W., Han, X., Yu, H., Wu, Y. & Potenza, M. N. (2020). Do men become addicted to internet gaming and women to social media? A meta-analysis examining gender-related differences in specific internet addiction. *Computers in Human Behavior, 113*, 106480.

Verlinden, M., Thomas, J., Almansoori, M. H. A. A. & Wanigaratne, S. (2021). Gaming Disorder and Well-Being Among Emirati College Women. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 659508. doi: 10.3389/fpsyt.2021.659508

Yen, J.-Y., Liu, T.-L., Wang, P.-W., Chen, C.-S., Yen, C.-F. & Ko, C.-H. (2017). Association between Internet gaming disorder and adult attention deficit and hyperactivity disorder and their correlates: Impulsivity and hostility. *Addictive Behaviors, 64*, 308–313.

Magi Anna – Demetrovics Zsolt – Paksi Borbála

PROBLÉMÁS SZERENCSEJÁTÉK-HASZNÁLAT

1. A PROBLÉMÁS SZERENCSEJÁTÉK-HASZNÁLAT ELTERJEDTSÉGE

A szerencsejáték-használatot, illetve a problémás szerencsejáték-használatot az OLAAP 2019 és a BLS 2019 vizsgálatokban egy, a szerencsejáték-használat különböző idejű prevalencia-értékeinek becslésére is alkalmas szűrőkérdés,[1] illetve a PGSI – Problem Gambling Severity Index (Gyollai et al., 2013) skála mentén vizsgáltuk. A PGSI skála 9, a tüneteket leképező tétellel vizsgálja a problémás szerencsejáték-használatot 4 fokú Likert skálán (0: soha, 1: néha, 2: gyakran, 3: majdnem mindig). A mérőeszköz segítségével a szerencsejáték-használat problémásságának 4 szintje határozható meg: a problémamentes használat, az alacsony mértékben (1-2 pontot elértek), a közepesen (3–7 pontot elértek) és a kifejezetten problémás (8 pont és afelett) használat. Itt fontos megjegyeznünk, hogy a mérőeszközzel az azonosított csoportok esetében a különböző mértékű problémás használat kockázatát ismerjük meg, a problémás szerencsejáték-használat klinikai diagnózisához további, individuális vizsgálatokkal juthatunk el, melyet jelen vizsgálatunk jellegéből adódóan nem tudtunk elvégezni. Így, bár az egyszerűség kedvéért jelen fejezetben a használat problémásságáról beszélünk, minden esetben annak kockázatáról van szó.

1.1. A problémás szerencsejáték-használat elterjedtsége a felnőtt lakosság körében

A magyarországi 18–64 éves népesség 67,0%-a (±2,5) játszott már életében szerencsejátékot, 39,7%-a (±2,6) az előző év során, illetve 30,1%-a (±2,4) a kérdezést megelőző hónapban is.

A 18–64 éves válaszolók 29,3 %-a (±2,4; N=1333) az elmúlt évben használt szerencsejátékot, de szerencsejáték-használata problémamentesnek bizonyult,

1 Játszott-e már Ön valaha életében szerencsejátékkal?
A PGSI kitöltését azon résztvevőktől kértük, akik az erre a kérdésre adott válaszaik alapján játszottak szerencsejátékot a kérdezést megelőző évben

s 9,2%-a (±1,6) esetén beszélhetünk a problémás szerencsejáték-használat valamilyen mértékű kockázatáról:[2] 4,3% (±1,1) esetében alacsony, 2,5%-nál (±0,8) közepes mértékű, 2,3% (±0,8) esetében pedig kifejezetten problémás használat kockázatát azonosítottuk az OLAAP 2019 vizsgálat alapján (1. táblázat). A valamilyen mértékű problémás használat kockázata ($\chi^2(1)=22,79$; $p<0,001$; $\varphi=0,13$) a férfiak körében több mint kétszer nagyobb, mint a nők esetében, és mindhárom problémás használati kategória tekintetében hibahatáron túli eltérést tapasztaltunk, minden esetben a férfiak körében azonosítva nagyobb előfordulási gyakoriságot ($\chi^2(4)=24,00$; $p<0,001$; $V=0,13$). Tekintettel arra, hogy klinikai érdeklődésre a közepesen és a kifejezetten problémás szerencsejáték-használat számíthat, e két csoportot összevonva is vizsgáltuk.

Ebben az esetben is azt tapasztaltuk, hogy a férfiak körében több mint kétszer gyakoribb a problémás szerencsejáték-használat előfordulása ($\chi^2(1)=12,14$; $p<0,001$; $\varphi=0,10$).

1. táblázat: A szerencsejáték-használat és a problémás szerencsejáték-használat kockázatának előfordulása nemek szerint és összesen a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Szerencsejáték-használat életprevalencia-értéke (LTP)	640	71,4	721	63,1	0,006	1361	67,0	±2,5
Szerencsejáték-használat éves prevalencia-értéke (LYP)		43,4		36,3			39,7	±2,6
Szerencsejáték-használat havi prevalencia-értéke (LMP)		**33,8**		**26,9**			30,1	±2,4
Valamilyen mértékben problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte	622	**13,2**	711	**5,6**	<0,001	1333	9,2	±1,6
Alacsony mértékben problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte	623	**6,3**	711	**2,7**	<0,001		4,3	±1,1
Közepesen problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte		**3,9**		**1,4**			2,5	±0,8
Kifejezetten problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte		**3,2**		**1,6**			2,3	±0,8
Közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte	622	**7,1**	711	**3,0**	<0,001		4,9	±1,2

Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.
A szignifikánsan eltérő mintázatot mutató kategóriákat vastagítással emeltük ki.

Az előző évben szerencsejátékot használó magyarországi 18–64 éves népesség 23,9%-a (±3,7) mutatott valamilyen mértékben problémás használatot, 11,2%-uk (±2,7) alacsony mértékű, 6,6%-uk (±2,2) közepesen és 6,1%-uk (±2,1) kifejezet-

2 Azaz a magyarországi felnőtt lakosság 90,8%-a (±1,6) vagy soha nem játszott szerencsejátékkal, vagy szerencsejáték-használata problémamentesnek tekinthető.

ten problémás használattal jellemezhető. A valamilyen mértékű problémás használat, illetve az egyes alkategóriák a férfi játékhasználók körében rendre kétszer nagyobb gyakorisággal fordultak elő, mint a nőknél (sorrendben $\chi^2(1)=17{,}30$; $p<0{,}001$; $\varphi=0{,}18$, illetve $\chi^2(3)=18{,}09$; $p<0{,}001$; $V=0{,}19$). Hasonló mintázatot tapasztalhatunk a klinikai figyelmet érdemlő közepesen vagy kifejezetten problémás játékhasználók esetében, ami az előző évben játszó felnőtt lakosság 12,7%-át (±2,9) érinti, és a férfiak körében az előfordulási gyakorisága kétszerese a nők körében mért értéknek ($\chi^2(1)=8{,}52$; $p=0{,}004$; $\varphi=0{,}13$) (2. táblázat).

2. táblázat: A problémás szerencsejáték-használat kockázatának előfordulása nemek szerint és összesen a magyarországi 18–64 éves, az előző 12 hónapban szerencsejátékot használó népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, az előző 12 hónapban szerencsejátékot használó válaszolók százalékában)

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th colspan="2">Férfiak</th><th colspan="2">Nők</th><th rowspan="2">p</th><th colspan="3">Összesen</th></tr>
<tr><th>N</th><th>%</th><th>N</th><th>%</th><th>N</th><th>%</th><th>CI</th></tr>
<tr><td>Valamilyen mértékben problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte</td><td>260</td><td>31,5</td><td>252</td><td>15,9</td><td><0,001</td><td rowspan="5">512</td><td>23,9</td><td>±3,7</td></tr>
<tr><td>Alacsony mértékben problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte</td><td rowspan="3">261</td><td>14,9</td><td rowspan="3">252</td><td>7,5</td><td rowspan="3"><0,001</td><td>11,2</td><td>±2,7</td></tr>
<tr><td>Közepesen problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte</td><td>9,2</td><td>4,0</td><td>6,6</td><td>±2,2</td></tr>
<tr><td>Kifejezetten problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte</td><td>7,7</td><td>4,4</td><td>6,6</td><td>±2,1</td></tr>
<tr><td>Közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte</td><td>260</td><td>16,9</td><td>252</td><td>8,3</td><td><0,001</td><td>12,7</td><td>±2,9</td></tr>
<tr><td colspan="9">Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.
A szignifikánsan eltérő mintázatot mutató kategóriákat vastagítással emeltük ki.</td></tr>
</table>

1.2. A problémás szerencsejáték-használat elterjedtsége a budapesti fiatal felnőttek körében

A budapesti 18–34 éves lakosság 57,3%-a (±1,6) játszott már életében szerencsejátékot, 32,4%-a (±1,5) az előző év során, illetve 23,3%-a (±1,3) a kérdezést megelőző hónapban is. A budapesti fiatal felnőt válaszolók 25,3%-ának (±1,4; N=3823) előző évi szerencsejáték-használatát problémamentesnek mértük, és 6,4%-a (±0,8) esetében mutatkozott a problémás szerencsejáték-használat valamilyen mértékű kockázata, ami 95%-os megbízhatósági szinten alacsonyabb a felnőtt népesség körében országosan mért értéknél. Ezen belül a fővárosi

fiatal felnőttek 3,3%-a (±0,6) alacsony, 2,0%-a (±0,4) közepes és 1,0%-a (±0,3) kifejezetten problémás használó a BLS 2019 vizsgálat alapján (3. táblázat). A férfiak körében a valamely mértékű problémás szerencsejáték-használat több mint két és félszer gyakoribb ($\chi^2(1)=56,38$; $p<0,001$; $\varphi=0,12$), mint a nők esetében. Hasonlóan a felnőtt lakosságban országosan tapasztalt mintázathoz, nemi különbség mind az alacsony, mind a közepes, mind a kifejezetten problémás szerencsejáték-használat tekintetében megjelenik ($\chi^2(4)=65,35$; $p<0,001$; $V=0,13$): a közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használat a férfiak között közel négyszer gyakrabban fordul elő mint a nők esetében ($\chi^2(1)=45,36$; $p<0,001$; $\varphi=0,11$).

3. táblázat: A szerencsejáték-használat és a problémás szerencsejáték-használat kockázatának előfordulása nemek szerint és összesen a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság körében (a BLS 2019 adatfelvétel alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Szerencsejáték-használat életprevalencia-értéke (LTP)		61,3		53,5			57,3	±1,6
Szerencsejáték-használat éves prevalencia-értéke (LYP)	1864	35,9	1999	29,1	<0,001	3863	32,4	±1,5
Szerencsejáték-használat havi prevalencia-értéke (LMP)		27,2		**19,7**			23,3	±1,3
Valamilyen mértékben problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte		**9,4**		**3,5**	<0,001		6,4	±0,8
Alacsony mértékben problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte		4,4		**2,2**			3,3	±0,6
Közepesen problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte	1847	**3,3**	1976	**0,9**	<0,001	3823	2,0	±0,5
Kifejezetten problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte		**1,8**		**0,4**			1,0	±0,3
Közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte		**5,0**		**1,3**	<0,001		3,1	±0,6

Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.
A szignifikánsan eltérő mintázatot mutató kategóriákat vastagítással emeltük ki.

Az elmúlt évben szerencsejátékot használó budapesti fiatal felnőttek 20,1%-a (±2,3) esetében mértünk valamilyen mértékben problémás használatot. 10,4%-uk (±1,7) az alacsony mértékű, 6,4%-uk (±0,8) a közepesen és 3,3%-uk (±1,0) a kifejezetten problémás szerencsejáték-használat kockázatát mutatta. Klinikai figyelmet igénylő közepesen vagy kifejezetten problémás használattal az előző évben szerencsejátékot használó budapesti fiatal felnőtteknek összesen 9,7%-a

(±1,7) jellemezhető. Ezek az értékek rendre hibahatáron belül megegyeznek a felnőtt játékhasználók körében országosan mért értékkel, mindössze a kifejezetten problémás szerencsejáték-használat esetében kaptunk tendenciájában alacsonyabb értékeket a fővárosi fiatal felnőtt játékhasználók esetében.

A fővárosi fiatal felnőtt férfi játékhasználók körében a problémás használat rendre szignifikánsan gyakrabban fordul elő, mint a nők körében, akár a valamilyen mértékű problémás használattal jellemezhetőket összesítve ($\chi^2(1)=38{,}43$; $p<0{,}001$; $\varphi=0{,}18$), akár a problémásság mértéke szerinti kategóriákat külön ($\chi^2(3)=43{,}55$; $p<0{,}001$; $V=0{,}19$), akár a közepesen és kifejezetten problémás használattal jellemezhető csoportokat összevonva ($\chi^2(1)=32{,}70$; $p<0{,}001$; $\varphi=0{,}16$) vizsgáljuk (4. táblázat). Ez a mintázat szintén hasonlóan jelen van országosan a felnőtt lakosság körében is.

4. táblázat: A problémás szerencsejáték-használat kockázatának előfordulása nemek szerint és összesen a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt, az előző 12 hónapban szerencsejátékot használó népesség körében (a BLS 2019 vizsgálat adatai alapján, az előző 12 hónapban szerencsejátékot használó válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Valamilyen mértékben problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte		**26,7**		**12,4**	<0,001		20,1	±2,3
Alacsony mértékben problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte		12,4		**7,9**			10,4	±1,7
Közepesen problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte	652	**9,2**	558	**3,2**	<0,001	1210	6,4	±0,8
Kifejezetten problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte		**5,1**		**1,3**			3,3	±1,0
Közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használat kockázatának jelenléte		**14,3**		**4,5**	<0,001		9,7	±1,7

Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.
A szignifikánsan eltérő mintázatot mutató kategóriákat vastagítással emeltük ki.

2. A PROBLÉMÁS SZERENCSEJÁTÉK-HASZNÁLAT SZOCIODEMOGRÁFIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI MINTÁZÓDÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

A továbbiakban, ha másképp nem specifikáljuk, a problémás szerencsejáték-használatban érintett személyek csoportja alatt azokat értjük, akik PGSI-pontszámuk alapján a közepesen vagy kifejezetten problémás kategóriába tartoznak. Egyrészt teoretikus indokból, hiszen ezen két problémássági szint tart számot klinikai érdeklődésre, másrészt módszertani okokból, mivel a mintánkban mindössze 65 fő (4,88%) tartozik a közepesen vagy kifejezetten problémás kategóriába, s a kategória tovább bontása esetén a kapott eredmények megbízhatósága csökkenne.

A problémás szerencsejáték-használat társadalmi mintázódását először a szociodemográfiai jellegzetességek – életkor, urbanizációs és kulturális státusz – mentén vizsgáltuk leíró-statisztikai eszközökkel a 18–64 éves népesség körében az OLAAP 2019 vizsgálat alapján. Egyik jellemző mentén sem találtunk szignifikáns eltérést (5. és 6. táblázat).

5. táblázat: A problémás szerencsejáték-használat mintázódása a főbb szociodemográfiai tényezők mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	N	%	χ^2 (df)	p	V
Korcsoport					
18–24	155	2,58	4,98 (4)	0,289	0,06
25–34	271	3,69			
35–44	338	5,92			
45–54	297	6,40			
55–64	272	4,41			
Településméret					
<50 000	872	4,82	1,97 (2)	0,374	0,04
≥50 000	236	6,36			
Budapest	225	3,56			
Várható legmagasabb iskolai végzettség					
8 általános vagy kevesebb	155	8,39	6,69 (3)	0,082	0,07
szakmunkás	465	3,87			
érettségi	457	5,69			
felsőfok/egyetem utáni képzés	256	3,52			

Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V hatásméret-mutató.

6. táblázat: A problémás szerencsejáték-használat kategóriáinak összehasonlítása az életkor mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

Változó:	Nincs jelen a problémás szerencsejáték-használat magas kockázata			Problémás szerencsejáték-használatra vonatkozó magas kockázat jelenléte			t	p	d
	N	Átlag	Szórás	N	Átlag	Szórás			
Életkor	1266	41,68	13,11	65	43,68	11,85	1,20	0,229	-

Megjegyzések: N: válaszolók száma; t: független mintás t-próba teszt statisztikája; p: szignifikancia-érték a független mintás t-próbához kapcsolódóan; d: Cohen-féle d hatásméret-mutató.

A már vizsgált, illetve további szociodemográfiai és pszichológiai tényezők tekintetében bináris (0 = nincs problémás szerencsejáték-használat, 1 = közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használat jelenléte) logisztikus regressziós elemzésekkel vizsgáltuk a problémás szerencsejáték-használatban tapasztalható mintázódásokat páronkénti, nemkontrollált, valamint többváltozós modellek segítségével (7. táblázat), mely utóbbi eredményét szövegesen is értelmezzük.

A létrehozott modell szignifikánsan nagyobb pontossággal sorolja be a résztvevőket a problémás és nem problémás szerencsejáték-használók kategóriájába ($\chi^2(28)=94{,}12$; $p<0{,}001$; Cox & Snell $R^2=0{,}14$; Nagelkerke $R^2=0{,}48$), mint a kiindulási, magyarázó változókat még nem tartalmazó modell. A végső modell pontossága 96,1%, amely ugyan csak 0,4%-kal magasabb az alapmodell besorolási pontosságánál, azonban a problémás szerencsejáték-használók besorolási pontossága 31,4%-kal emelkedett.

A modellben – a többi szociodemográfiai és pszichológiai jellemző kontroll alatt tartása mellett – szignifikáns magyarázó erőt azonosítottunk a nem, az életkor, a háztartásméret, a családban előforduló kockázati magatartások[3] száma, a vallásosság (a nem vallásos / ateista identitással szemben), az élettel való általános elégedettség, a szenzoros élménykeresés[4] és a rumináció[5] változók esetében.[6] A modell alapján a női nem és a vallásosság a problémás szerencsejáték-használat szignifikánsan alacsonyabb kockázatával jár, míg a magasabb életkor, a nagyobb háztartásméret, a családban előforduló kockázati magatartások nagyobb száma, valamint az élettel való általános elégedettség, a szenzoros élménykeresés és a rumináció magasabb mértéke a problémás szerencsejáték-használat magasabb kockázatával. Egységnyi fokozódás a háztartásméret mentén 2,21-szer, az élettel való általános elégedettség mentén pedig 2,7-szer

3 Pl. dohányzás, alkoholhasználat, pszichiátriai kezelés.
4 Változatos érzések és akár kockázatos élmények keresésére való hajlam.
5 Ha a válaszoló inkább hajlamos negatív érzelmein, azok okain és következményein rágódni.
6 Ugyanakkor megjegyezzük, hogy a többváltozós modellben szerepet kapó jellemzők közül az életkor és a háztartásméret esetében a problémás szerencsejáték-használat rizikójával való nemkontrollált összefüggés nem bizonyult szignifikánsnak.

nagyobb kockázattal jár együtt, a családban előforduló kockázati magatartások száma mentén 39%-kal, a szenzoros élménykeresés mentén 14%-kal és a Ruminatív Válaszstílus Kérdőív mentén 13%-kal, az életkor emelkedésével pedig 7%-kal nagyobb a problémás szerencsejáték-használat kockázata. Ugyanakkor a nőknek (szemben a férfiakkal) 73%-kal, a vallásosoknak (szemben a nem vallásos vagy ateista identitással rendelkezőkkel) 98%-kal alacsonyabb az esélye a problémás szerencsejáték-használatra.

7. táblázat: Bináris logisztikus regressziós modellek: szociodemográfiai és pszichológiai tényezők kapcsolata a problémás szerencsejáték-használat kockázatával a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a problémás szerencsejáték-használat rizikójával[7]		Többváltozós modell a problémás szerencsejáték-használat rizikójának előrejelzésére[8]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Női nem (ref.: férfi nem)	0,41 [0,24–0,69]	0,001	0,27 [0,08–0,96]	0,042
Életkor	1,01 [0,99–1,03]	0,230	1,07 [1,01–1,13]	0,024
Településméret (ref.: 50 ezer fő alatti lakosságú település)				
legalább 50 ezer fős vidéki város	1,31 [0,71–2,41]	0,394	1,65 [0,4–6,81]	0,487
Budapest	0,75 [0,35–1,60]	0,451	1,52 [0,29–8,08]	0,623
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: 8 általános vagy kevesebb)				
szakmunkás	0,46 [0,22–0,97]	0,041	0,30 [0,02–4,54]	0,384
érettségi	0,68 [0,34–1,37]	0,281	0,15 [0,01–2,39]	0,177
felsőfokú végzettség	0,39 [0,16–0,96]	0,040	0,38 [0,02–9,42]	0,557
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzetség hiánya)	0,68 [0,37–1,27]	0,226	0,77 [0,09–6,85]	0,813
Intergenerációs képzettségi mobilitás (ref.: felfelé történő mobilitás)				
nincs mobilitás	0,52 [0,30–0,89]	0,017	0,28 [0,07–1,17]	0,080
lefelé történő mobilitás	0,45 [0,09–2,26]	0,332	0,37 [0,01–10,88]	0,561

7 A páronkénti kapcsolatok tesztelése külön-külön elvégzett bináris logisztikus regressziós modellek keretében történt, melyben a kimeneti változó a közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használatok rizikója (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg a magyarázó változó az adott sorban megemlített változó volt.

8 Bináris logisztikus regressziós modell, melyben a kimeneti változó a közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használat rizikója (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg magyarázó változóként az első oszlopban felsorolt változókat egyszerre tartalmazta a modell (N=613; 44,26%).

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a problémás szerencsejáték-használat rizikójával[7]		Többváltozós modell a problémás szerencsejáték-használat rizikójának előrejelzésére[8]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Munkavégzéssel töltött idő (órák száma)	1,02 [1,00–1,04]	0,024	1,03 [0,99–1,07]	0,108
Háztartás havi nettó jövedelme (ref.: 125 ezer Ft vagy kevesebb)*				
126–180 ezer Ft	2,29 [0,46–11,45]	0,313	–	
181–255 ezer Ft	0,49 [0,09–2,81]	0,426	–	
256–380 ezer Ft	0,55 [0,10–2,87]	0,476	–	
381–400 ezer Ft	0,86 [0,16–4,72]	0,858	–	
400 ezer Ft felett	1,46 [0,28–7,48]	0,652	–	
Hátrányos anyagi helyzet	1,07 [1,01–1,14]	0,021	0,99 [0,83–1,19]	0,924
Háztartásméret	1,05 [0,87–1,28]	0,602	2,21 [1,24–3,91]	0,007
Együttélő kapcsolat megléte (ref.: kapcsolat hiánya)	0,74 [0,40–1,38]	0,339	0,47 [0,11–1,93]	0,292
Családban előforduló kockázati magatartások száma	1,3 [1,14–1,49]	0,000	1,39 [1,02–1,89]	0,035
Vallásosság (ref.: nem vallásos / ateista)				
vallásos	0,40 [0,22–0,71]	0,002	0,02 [0,00–0,17]	0,000
nem tudja	1,28 [0,55–2,99]	0,570	0,63 [0,13–3,09]	0,564
Anómia	1,11 [1,07–1,14]	0,000	1,12 [1,00–1,27]	0,058
Élettel való elégedettség (általános)	0,76 [0,60–0,97]	0,027	2,70 [1,18–6,19]	0,019
Társas integráció	0,73 [0,54–0,98]	0,033	0,83 [0,39–1,76]	0,619
Általános jóllét	0,88 [0,82–0,95]	0,001	0,96 [0,77–1,19]	0,686
Impulzivitás	1,15 [1,09–1,21]	0,000	1,01 [0,87–1,18]	0,888
Szenzoros élménykeresés	1,10 [1,06–1,14]	0,000	1,14 [1,03–1,26]	0,011
Rumináció	1,13 [1,09–1,18]	0,000	1,13 [1,01–1,26]	0,036
Aggodalmaskodás	1,20 [1,12–1,30]	0,000	1,13 [0,89–1,44]	0,320
Testi tünetek	1,06 [1,01–1,11]	0,014	1,04 [0,94–1,15]	0,492
Mentalizáció: bizonyosság	0,53 [0,40–0,71]	0,000	1,65 [0,67–4,02]	0,275
Mentalizáció: bizonytalanság	1,25 [1,16–1,35]	0,000	1,19 [0,94–1,50]	0,154

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a problémás szerencsejáték-használat rizikójával[7]		Többváltozós modell a problémás szerencsejáték-használat rizikójának előrejelzésére[8]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Megjegyzések. OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%-os konfidencia-intervallummal. ref.: referenciakategória az adott változó tekintetében. A többváltozós modellben szignifikáns (p<0,050) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre. * A prediktor-változót nem tartalmazza a többváltozós modell, mivel azon nagyszámú hiányzó adat található.				

3. A PROBLÉMÁS SZERENCSEJÁTÉK-HASZNÁLAT ELTERJEDTSÉGÉNEK VÁLTOZÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

Az OLAAP 2019 vizsgálathoz hasonlóan az OLAAP 2015 vizsgálat is a PGSI mérőeszközt alkalmazta a problémás szerencsejáték-használat gyakoriságának vizsgálatára, így a két vizsgálat segítségével lehetőség nyílik a jelenség időbeli mintázatának vizsgálatára is. Eredményeink szerint a közepes és kifejezetten problémás szerencsejáték-használat – bár elhanyagolható különbséget jelző hatásméret mellett, de – szignifikánsan nagyobb arányban volt jelen 2019-ben a magyarországi 18–64 éves felnőttek körében, mint 2015-ben. Mindazonáltal a mérések hibahatárait figyelembe véve, kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy növekvő tendencia figyelhető meg a problémás szerencsejáték-használat előfordulása tekintetében a magyarországi felnőtt népesség körében (8. táblázat).

8. táblázat: A problémás szerencsejáték-használat elterjedtségének összehasonlítása az OLAAP 2015-ös és 2019-es adatfelvétele között (a magyarországi 18–64 éves népesség körében, a válaszolók százalékában)

	OLAAP 2015-ös adatfelvétele			OLAAP 2019-es adatfelvétele			χ^2 (df)	p	φ
	N	%	CI	N	%	CI			
Problémás szerencsejáték-használat magas kockázatának jelenléte	1386	3,32	±0,94	1333	4,88	±1,16	4,21 (1)	0,04	0,04

Megjegyzések: N: válaszolók száma; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum;
χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek;
p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan;
φ: Phi korrelációs hatásméret-mutató.

4. A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT LAKOSSÁG PROBLÉMÁS SZERENCSEJÁTÉK-HASZNÁLATA NEMZETKÖZI KONTEXTUSBAN

Standardizált iránymutatás hiányában a különböző vizsgálatok nagy eltéréseket mutató módszertani változatossága nagymértékben korlátozza az előfordulási gyakoriságra vonatkozó eredményeink összevetését más vizsgálatokkal. Könnyebb dolgunk van a mintázódások, illetve a tendenciák tekintetében, bár teljes módszertani azonosságot itt sem tapasztalhatunk a vizsgálatok között.

Calado és Griffiths (2016) szisztematikus áttekintése alapján a kifejezetten problémás szerencsejáték-használat előfordulása nagy változatosságot mutat nemzetközi szinten, találunk adatokat a problémás szerencsejáték-használat 0,2% és 5,8% közötti előfordulására reprezentatív, országos felnőtt mintán végzett vizsgálatokban. Ez a változatosság származhat különféle módszertani okokból, mint például a mintaválasztási stratégiákból vagy az alkalmazott mérőeszközök pszichometriai jellegzetességeiből. A tanulmányban áttekintett kutatások közül azokban, ahol – az OLAAP- és a BLS-vizsgálatokhoz hasonlóan – mérőeszközként a PGSI-t alkalmazták, a kifejezetten problémás szerencsejáték-használat előfordulása 0,3–3,2% között mozgott (a szisztematikus áttekintés hibahatárokat nem közöl). A rendelkezésre álló nemzetközi adatok kontextusában vizsgálva az OLAAP-vizsgálatok (OLAAP 2019: 2,3% ±0,81; OLAAP 2015: 0,9% ±0,48) és a BLS 2019 vizsgálat (1,0% ±0,31) során mért előfordulási gyakoriságokat, azt mondhatjuk, hogy a hazai felnőtt – illetve a fővárosi fiatal felnőtt – népesség a problémás szerencsejáték-használatban való érintettsége alapján a középmezőnyben helyezkedik el.

Az időbeli változások tekintetében azonban a nemzetközi színtéren az általunk tapasztalt tendencia jellegű növekedéshez képest egy, az Egyesült Királyságra vonatkozó adatokon végzett elemzés 2016 és 2019 között csökkenést talált a PGSI-vel mért problémás szerencsejáték-használat gyakoriságában a 16 éves és annál idősebb felnőtt lakosság reprezentatív mintáján (Gambling Commission, 2021). Egy másik, Finnországban végzett vizsgálat a South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987) mérőeszközt alkalmazva nem talált szignifikáns változást 2015 (3,3%) és 2019 (3%) között, bár ebben az esetben az összehasonlítást tovább korlátozza, hogy a mintába bevont személyek életkora 15–74 év volt (Salonen et al., 2020). Az ausztráliai Victoria államban végzett vizsgálat 2014 és 2018–2019 között szintén nem talált változást a problémás szerencsejáték-használat elterjedtségében a 18 évesnél idősebb lakosság körében a PGSI mérőeszközt alkalmazva, sorrendben 0,7 és 0,8%-os érintettséget tapasztaltak (Rockloff et al., 2020).

Több vizsgálat számol be a férfiak nagyobb érintettségéről a problémás szerencsejáték-használat tekintetében (pl. Allami et al., 2021; Çakıcı et al., 2021; Rockloff et al., 2020; National Advisory Committee on Drugs and Alcohol, 2016). Az utóbbi években találunk olyan kutatásokat is, amelyek ennek a jelen-

ségnek a hátterében húzódó mintázatokat célozták feltárni, és eltérő kockázati tényezőket azonosítottak férfiak és nők esetében, illetve az ezeknek megfelelő beavatkozások tervezését javasolják (Baggio et al., 2018; Hing et al., 2016). Az életkor szerepét tekintve az egyes kutatások szintjén találunk egymásnak ellentmondó eredményeket: némely kutatások kiemelik például a fiatalabb kor jelentőségét (Buth et al., 2017), azonban a metaanalízisek az életkort vagy nem azonosítják mint kockázati tényezőt, vagy hasonlóan a mi eredményeinkhez, az idősebb életkor magasabb kockázatát találják, de elhanyagolható mértékben (Allami et al., 2021; Dowling et al., 2017). Az OLAAP-vizsgálat tehát inkább a metaanalízisek eredményeivel harmonizál: az életkor és a problémás szerencsejáték-használat közötti nemkontrollált összefüggés nem volt szignifikáns, és az életkor növekedésével a többváltozós elemzések is csak 7%-kal magasabb kockázatot azonosítottak. Egyes kutatások a spiritualitást és a vallásosságot, a szerencsejátékokkal kapcsolatos hiedelmekkel párhuzamba vonva, mint kockázati tényezőt azonosították (Clarke et al., 2006; Kim et al., 2018), míg más kutatások a vallásosságot és elsősorban a vallási eseményeken való részvételt – a mi eredményeinkhez hasonlóan – inkább a protektív tényezők közé sorolják (Dowling et al., 2017; Mutti-packer et al., 2017). Ugyanakkor az OLAAP-kutatás eredményeivel összhangban a családban előforduló problémás magatartások kockázati szerepét, főként a családban jelen lévő problémás szerencsejáték-használatot is, több kutatás kiemelte (Allami et al., 2021; Buth et al., 2017; Dowling et al., 2017; Mazar et al., 2018). Az OLAAP-kutatás eredményei szerint az egy háztartásban élők nagyobb száma a problémás szerencsejáték-használat nagyobb kockázatával jár együtt. A háztartásméret szerepét vizsgáló kutatásokat nem találtunk, de amennyiben azt a társas integráció egyik indikátorának tekintjük, akkor a nemzetközi szakirodalom az eredményeinkkel ellentétes összefüggésekről számol be: több kutatás is az alacsonyabb társas integrációt, a magányosságot, a társas támogatás hiányának kockázati szerepét emeli ki (pl. Miller, 2015). Ugyanakkor más kutatások a mi eredményeinkhez hasonlóan azt találták, hogy az egyedül élőkhöz képest a családdal vagy barátokkal élők körében magasabb prevalencia-értékek azonosíthatóak (Çakıcı et al., 2021).

Egy nemrég publikált metaanalízis (Allami et al., 2021) a különböző szerencsejáték-használattal kapcsolatos tényezők elsődleges szerepét hangsúlyozza a használat problémássá válásában (pl. online szerencsejáték használata, nyerőgépek használata stb.), illetve a szociodemográfiai és pszichoszociális faktorok kevésbé meghatározó szerepét. A pszichoszociális faktorok közül kiemelik az öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok és az öngyilkossági kísérlet szerepét, de olyan jellemzők esetében is közepes mértékű bejósló erőről számolnak be, mint az internalizáló zavarok, valamint a depresszív és szorongásos

tünetek. Ez utóbbiak szoros kapcsolatban állnak az – általunk is kockázati tényezőként azonosított – ruminációval: egy tanulmány magát a ruminációt azonosítja mind a problémás szerencsejáték-használat, mind a depressziós tünetek hátterében álló közös okként (Krause et al., 2018).

A hazai felnőtt népesség körében a problémás szerencsejáték-használat kockázati tényezőjeként azonosított szenzoros élménykeresés személyiségjellemző és a mentális problémák, azon belül is kiemelten az addikciók közötti kapcsolat régóta kutatott téma (Pedersen, 1991; Zuckerman & Neeb, 1979). Számos vizsgálat feltételezi a szenzoros élménykeresés, illetve összetevőinek (pl. unalomtűrés, kalandvágy stb.) szerepét a problémás szerencsejáték-használattal kapcsolatban is (pl. Blaszczynski & Nower, 2002). Az újabb kutatások a szenzoros élménykeresés összetevői mentén a problémás szerencsejátékhasználók altípusainak megkülönböztetésére törekszenek, alátámasztva a közvetlen kapcsolatot a személyiségjellemző és a problémás viselkedés között (Bonnaire, Bungener & Varescon, 2006).

FELHASZNÁLT IRODALOM

Allami, Y., Hodgins, D. C., Young, M., Brunelle, N., Currie, S., Dufour, M., … Nadeau, L. (2021). A meta-analysis of problem gambling risk factors in the general adult population. *Addiction, 116*(11), 2968–2977. https://doi.org/10.1111/add.15449

Baggio, S., Gainsbury, S. M., Starcevic, V., Richard, J. B., Beck, F. & Billieux, J. (2018). Gender differences in gambling preferences and problem gambling: a network-level analysis. *International Gambling Studies, 18*(3), 512–525. https://doi.org/10.1080/14459795.2018.1495750

Blaszczynski, A. & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction, 97*, 487–499. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x

Bonnaire, L., Bungener, C. & Varescon, I. (2006). Pathological gambling and sensation seeking – How do gamblers playing games of chance in cafés differ from those who bet on horses at the racetrack? *Addiction Research and Theory, 14*(6), 619–629. https://doi.org/10.1080/16066350600964296

Buth, S., Wurst, F. M., Thon, N., Lahusen, H. & Kalke, J. (2017). Comparative analysis of potential risk factors for at-risk gambling, problem gambling and gambling disorder among current gamblers-results of the Austrian representative survey 2015. *Frontiers in Psychology, 8*(2188). https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02188

Çakıcı, M., Çakıcı, E., Babayiğit, A. & Karaaziz, M. (2021). Gambling Behaviour: Prevalence, Risk Factors and Relation with Acculturation in 2007–2018 North

Cyprus Adult Household Surveys. *Journal of Gambling Studies, 37*(4), 1099–1111. https://doi.org/10.1007/s10899-021-10008-3

Calado, F. & Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). *Journal of Behavioral Addictions, 5*(4), 592–613. https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.073

Clarke, D., Tse, S., Abbott, M., Townsend, S., Kingi, P. & Manaia, W. (2006). Religion, Spirituality and Associations with Problem Gambling. *New Zealand Journal of Psychology, 35*(2), 77–83.

Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W. & Youssef, G. J. (2017). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review, 51*, 109–124. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.008

Gambling Commission. (2021). *Gambling behaviour in 2020: Findings from the quarterly telephone survey – Gambling Commission.* https://beta.gamblingcommission.gov.uk/statistics-and-research/publication/year-to-december-2020#files

Gyollai Á., Urbán R., Farkas J., Kun B., Kökönyei Gy., Eisinger A., … Demetrovics Zs. (2013). A Szerencsejáték Probléma Súlyossága Kérdôív magyar változatának (PGSI-HU) bemutatása. *Psychiatria Hungarica, 28*(2), 274–280.

Hing, N., Russell, A., Tolchard, B. & Nower, L. (2016). Risk factors for gambling problems: An analysis by gender. *Journal of Gambling Studies, 32*(2), 511–534. https://doi.org/10.1007/s10899-015-9548-8

Kim, H. S., Shifrin, A., Sztainert, T. & Wohl, M. J. A. (2018). Placing your faith on the betting floor: Religiosity predicts disordered gambling via gambling fallacies. *Journal of Behavioral Addictions, 7*(2), 401–409. https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.23

Krause, K., Bischof, A., Lewin, S., Guertler, D., Rumpf, H., John, U. & Meyer, C. (2018). Explaining the relation between pathological gambling and depression : Rumination as an underlying common cause. *Journal of Behavioral Addictions, 7*(2), 384–391. https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.38

Lesieur, H. R. & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of Pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry, 144*(9), 1184–1188. https://doi.org/10.1176/ajp.144.9.1184

Mazar, A., Williams, R. J., Stanek, E. J., Zorn, M. & Volberg, R. A. (2018). The importance of friends and family to recreational gambling, at-risk gambling, and problem gambling. *BMC Public Health, 18*(1), 1–14. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5988-2

Miller, H. (2015). *Background Paper – Risk Factors for Problem Gambling : Environmental, geographic, social, cultural, demographic, socio-economic, family and household.*

Mutti-packer, S., Hodgins, D. C., Williams, R. J. & Thege, B. K. (2017). The protective role of religiosity against problem gambling: findings from a five-year prospective study. *BMC Psychiatry, 17*(356), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1518-5

National Advisory Committee on Drugs and Alcohol. (2016). *Prevalence of Drug Use and Gambling in Ireland and Drug Use in Northern Ireland.*

Pedersen, W. (1991). Mental health , sensation seeking and drug use patterns : a longitudinal study. *British Journal of Addiction, 86*, 195–204.

Rockloff, M., Browne, M., Hing, N., Thorne, H., Russell, A., Greer, N., … Sproston, K. (2020). Victorian population gambling and health study 2018–2019. *Victorian Responsible Gambling Foundation*, (March). https://responsiblegambling.vic.gov.au/resources/publications/victorian-population-gambling-and-health-study-20182019-759/

Salonen, A., Hagfors, H., Lind, K. & Kontto, J. (2020). Gambling and problem gambling – Finnish Gambling 2019 Prevalence of at-risk gambling has decreased. *Statistical Report, 9* (April), 1–46.

Zuckerman, M. & Neeb, M. (1979). Sensation Seeking and Psychopathology. *Psychiatry Research, 1*, 255–264.

Horváth Zsolt – Demetrovics Zsolt – Paksi Borbála

TESTEDZÉSFÜGGŐSÉG

1. A TESTEDZÉSFÜGGŐSÉG ELTERJEDTSÉGE

Az OLAAP 2019-es és a BLS 2019-es kutatása során a testedzésfüggőség mérése a hattételes Testedzés Addikció Kérdőív (Exercise Addiction Inventory, EAI) módosított változatával történt (Mónok et al., 2012; Szabó et al., 2019; Terry et al., 2004). A skálán elért összpontszám alapján lehetőség nyílt a résztvevők különböző rizikócsoportokba történő besorolására: (i) Tünetmentes testedzők: 6–16 pont; (ii) Testedzésfüggőség tüneteinek jelenléte a testedzésfüggőség kockázata nélkül: 17–28 pont; (iii) Testedzésfüggőség kockázatának jelenléte: 29 pont vagy afölött. Az EAI-kérdőív felvétele a sportolás gyakoriságára vonatkozó szűrőkérdés alapján történt, így csak azon válaszadók töltötték ki, akik az elmúlt évben legalább heti rendszerességgel sportoltak.

1.1. A sportolási gyakoriság és a testedzésfüggőség elterjedtsége a felnőtt lakosság körében

Az OLAAP 2019-es adatfelvétele alapján a 18–64 éves magyarországi lakosság közel háromötöde soha nem sportolt bevallása szerint (57,8% ±2,6). Az elmúlt év során 70,7%-uk (±2,4) nem végzett semmilyen sporttevékenységet, s a lakosság több mint négyötöde nem sportolt legalább heti rendszerességgel az elmúlt évben (84,7% ±1,9). Másképpen megfogalmazva, a magyarországi 18–64 éves népesség kevesebb mint harmada sportolt az elmúlt év során (29,3% ±2,4), és a felnőtt lakosság mindössze 15,33%-ára (± 1,9) volt jellemző a legalább heti rendszerességű sportolás előfordulása.

A sportolás gyakorisága tekintetében szignifikáns, gyenge hatásméretű nemi különbség mutatkozott a felnőtt lakosság körében ($\chi^2(5)=13,76$; $p=0,017$; $V=0,10$). A férfiaknál szignifikánsan gyakrabban fordult elő a heti rendszerességű sportolás, összehasonlítva a nőkkel (1. táblázat).

1. táblázat: A sportolás gyakoriságának eloszlása nemek szerint és összesen a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Soha nem sportolók	640	54,4	729	60,6	0,017	1369	57,8	±2,6
Az elmúlt évben nem, de korábban már sportolók		12,7		13,2			13,0	±1,8
Az elmúlt évben néhányszor sportolók		7,8		9,1			8,5	±1,5
Az elmúlt évben legalább havonta sportolók		6,4		4,8			5,5	±1,2
Az elmúlt évben legalább hetente sportolók		15,2		10,2			12,5	±1,8
Az elmúlt évben naponta sportolók		3,6		2,2			2,8	±0,9

Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.

A magyarországi 18–64 éves népességben 7,3% (±1,4) azok aránya, akik legalább hetente sportolnak a testedzésfüggőség tüneteinek megjelenése nélkül (tünetmentes testedzők), illetve a népesség 6,7%-ára (±1,3) volt jellemző a testedzésfüggőségi tünetek jelenléte a testedzésfüggőség kockázata nélkül, míg a népesség 0,4%-a (±0,3) esetében volt valószínűsíthető a testedzésfüggőség kockázata (2. táblázat).

A testedzésfüggőség rizikókategóriáinak előfordulása tekintetében szignifikáns, gyenge hatásméretű nemi különbség mutatkozott a teljes lakosságban ($\chi^2(3)=9,52$; $p=0,023$; $V=0,08$). Habár a legalább heti rendszerességű testedzéssel jellemezhető népesség mindhárom rizikókategóriája (tünetmentes testedzők, a testedzésfüggőség tüneteinek jelenléte a testedzésfüggőség kockázata nélkül, illetve a testedzésfüggőség kockázatának jelenléte) gyakrabban fordult elő a férfiak körében, az egyes kategóriák tekintetében nem volt azonosítható szignifikáns különbség a két nem között. A heti rendszerességnél ritkábban vagy soha nem sportolók aránya szignifikánsan magasabb volt a nők körében (2. táblázat).

A legalább heti rendszerességgel sportolók 50,7%-a (±7,0) tekinthető tünetmentes testedzőnek, 46,7%-ukra (±7,0) jellemző a testedzésfüggőségi tünetek jelenléte a testedzésfüggőség kockázata nélkül, 2,6 %-uk (±2,3) esetében pedig a testedzésfüggőség kockázata volt azonosítható. A legalább heti rendszerességgel sportolók körében nem volt azonosítható szignifikáns nemi különbség a testedzésfüggőségi kategóriák előfordulása tekintetében ($\chi^2(2)=1,71$; $p=0,425$; $V=0,09$).

2. táblázat: A testedzésfüggőség rizikójának előfordulása nemek szerint és összesen a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Heti rendszerességénél ritkábban sportolók vagy nem sportolók	628	82,8	725	88,1	0,023	1352	85,7	±1,9
Tünetmentes testedzők		8,0		6,6			7,3	±1,4
Testedzésfüggőség tüneteinek jelenléte a testedzésfüggőség kockázata nélkül		8,8		5,0			6,7	±1,3
Testedzésfüggőség kockázatának jelenléte		0,5		0,3			0,4	±0,3

Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.

1.2. A sportolási gyakoriság és a testedzésfüggőség elterjedtsége a budapesti fiatal felnőttek körében

A BLS 2019-es adatfelvétele szerint a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság kb. kétötöde soha nem sportol bevallása szerint (40,6% ±1,6). Emellett az elmúlt év során, több mint felük nem sportolt egyáltalán (57,7% ±1,6), illetve több mint négyötödük nem sportolt legalább heti rendszerességgel (82,3% ±1,2). Azaz a budapesti fiatal felnőttek 42,4%-a (±1,6) sportolt az elmúlt évben és 17,7%-ukra (±1,2) volt jellemző a heti rendszerességű sportolás (3. táblázat).

Az 1. és a 3. táblázatban bemutatott sportolási gyakoriság kategóriák mentén szignifikáns különbségek figyelhetők meg a magyarországi 18–64 éves felnőtt lakosság és a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság között. Soha nem sportolók gyakrabban fordultak elő a 18–64 éves felnőtt lakosság körében, míg minden más sportolási kategória gyakrabban volt jelen a budapesti 18–34 éves fiatal felnőttek körében. Utóbbi alól az egyedüli kivételt a napi rendszerességgel előforduló sportolás kategóriája jelentette, ebben a tekintetben nem volt megfigyelhető hibahatáron túli különbség a két populáció között.

A budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság körében szignifikáns, kis hatásméretű nemi különbség volt megfigyelhető a sportolás gyakorisága tekintetében ($\chi^2(5)=24,83$; $p<0,001$; $V=0,08$). Az elmúlt évben naponta sportolók aránya szignifikánsan magasabb volt a férfiak körében, összehasonlítva a nőkkel (3. táblázat).

3. táblázat: A sportolás gyakoriságának eloszlása nemek szerint és összesen a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság körében (a BLS 2019 adatfelvétel alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Soha nem sportolók	1858	41,0	1990	40,2	<0,001	3848	40,6	±1,6
Az elmúlt évben nem, de korábban már sportolók		15,5		18,5			17,1	±1,2
Az elmúlt évben néhányszor sportolók		16,9		16,2			16,6	±1,2
Az elmúlt évben legalább havonta sportolók		7,2		8,9			8,1	±0,9
Az elmúlt évben legalább hetente sportolók		16,9		15,0			15,9	±1,2
Az elmúlt évben naponta sportolók		2,6		1,1			1,8	±0,4
Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.								

A BLS 2019-es kutatásának adatai szerint a budapesti 18–34 éves felnőttek 0,7%-a (±0,3) esetében volt valószínűsíthető a testedzésfüggőség kockázatának jelenléte, míg 6,3%-uk (±0,8) körében jelen voltak a testedzésfüggőség tünetei, ám a testedzésfüggőség kockázata nem volt azonosítható. Ezen két rizikókategória elterjedtsége hibahatáron belül megegyezett a felnőtt népesség körében országosan mért prevalencia-mutatókkal. A budapesti fiatal felnőttek 10,3%-ára (±1,0) volt jellemző a tünetmentes testedzés jelenléte legalább heti rendszerességű sportolás mellett, ami jelentősen nagyobb a felnőtt lakosság körében országosan megfigyeltekhez képest (4. táblázat).

A nemi mintázódás tekintetében elenyésző hatásméretű, de szignifikáns különbség volt azonosítható ($\chi^2(3)=8,44$; $p=0,038$; $V=0,05$): hasonlóan a felnőtt lakosság körében tapasztaltakhoz, a férfiak nagyobb arányban sportoltak legalább hetente (4. táblázat).

Specifikusan a legalább heti rendszerességgel sportolókat vizsgálva megállapítható, hogy 59,8%-uk (±3,7) tünetmentes testedzőnek, 36,3%-uk (±3,7) tünetekkel rendelkező, de a függőség kockázatát nem mutató testedzőnek és 4,0%-uk (±1,5) a testedzésfüggőség kockázatával jellemezhetőnek volt tekinthető. A legalább heti rendszerességgel sportoló budapesti fiatal felnőttek körében nem volt látható szignifikáns nemi különbség a testedzésfüggőségi kategóriák mentén ($\chi^2(2)=0,59$; $p=0,747$; $V=0,03$).

4. táblázat: A testedzésfüggőség rizikójának előfordulása nemek szerint és összesen a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság körében (a BLS 2019 adatfelvétel alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Heti rendszerességénél ritkábban sportolók vagy nem sportolók	1848	81,0	1979	84,4	0,038	3827	82,7	±1,2
Tünetmentes testedzők		11,4		9,3			10,3	±1,0
Testedzésfüggőség tüneteinek jelenléte a testedzésfüggőség kockázata nélkül		7,0		5,6			6,3	±0,8
Testedzésfüggőség kockázatának jelenléte		0,7		0,7			0,7	±0,3

Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.

2. A TESTEDZÉSFÜGGŐSÉG SZOCIODEMOGRÁFIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI MINTÁZÓDÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

A 18–64 éves országos népesség körében a testedzésfüggőség kockázatának mintázódását leíró-statisztikai eszközökkel a főbb szociodemográfiai jellemzők – nem, életkor, urbanizációs és kulturális státusz –, valamint a téma szempontjából potenciálisan releváns testtömeg-index (body mass index, BMI) mentén vizsgáltuk. A testedzésfüggőség kockázatának jelenléte mentén látható alacsony elemszám miatt ezt a kategóriát összevontunk a testedzésfüggőségi tüneteket a függőség kockázata nélkül mutató csoporttal. Ezáltal ez az összevont csoport azokat a testedzőket tartalmazta, akinél jelen vannak a testedzésfüggőségi tünetek – testedzésfüggőség kockázatával vagy anélkül (7,1% ±1,4).

A nem tekintetében szignifikáns és kis hatásméretű összefüggés volt látható a testedzésfüggőségi kategóriákkal: a férfiak körében gyakrabban fordultak elő a testedzésfüggőségi tüneteket mutató testedzők (5. táblázat). Az életkori csoportokat vizsgálva szignifikáns és mérsékelten erős összefüggés mutatkozott a testedzésfüggőségi kategóriákkal: a fiatalabb életkori csoportok felé haladva a tünetmentes testedzés és testedzésfüggőségi tünetek jelenlétének magasabb elterjedtsége volt megfigyelhető, így mindkét kategóriának az 55–64 éves korosztályban volt a legalacsonyabb az előfordulási aránya, míg a testedzésfüggőségi tünetek jelenlétének az előfordulási aránya a 18–24 éves korosztályban volt a legmagasabb, a tünetmentes testedzés pedig leggyakrabban a 18–24, illetve a 25–34 éves fiatal felnőtt korosztályokban volt jellemző (5. táblázat). Ehhez hasonlóan, az életkor folytonos (nem kategoriális) mérése esetén is szignifikáns, közepes hatásméretű különbség volt kimutatható: a testedzésfüggőségi tüne-

tekkel bírók csoportjára szignifikánsan alacsonyabb átlagéletkor volt jellemző, mint a heti gyakoriságnál ritkábban sportolókra ($p<0,001$) és a tünetmentes testedzőkre ($p=0,001$), illetve a tünetmentes testedzők átlagéletkora is szignifikánsan alacsonyabb volt ($p=0,001$), mint a nem rendszeresen sportolóké (6. táblázat). A testedzésfüggőségi rizikókategóriák jelenléte nem mutatott szignifikáns összefüggést a településmérettel (5. táblázat). A várható iskolai végzettség változóját vizsgálva szignifikáns és erős kapcsolat rajzolódott ki: a tünetmentes testedzés és a testedzésfüggőségi tünetek jelenléte gyakoribb volt a magasabb iskolai végzettségeket leíró kategóriák felé haladva. Azaz a legalacsonyabb gyakoriság a 8 általánossal vagy annál kevesebb végzettséggel bíró személyek körében volt, míg a legmagasabb elterjedtség a legalább felsőfokú végzettséggel rendelkezők esetében volt megfigyelhető (5. táblázat). A BMI kategoriális (5. táblázat) és folytonos (6. táblázat) változója esetén is szignifikáns, de gyenge kapcsolat volt látható. Előbbi esetében a testedzésfüggőségi tünetek jelenlétének előfordulási gyakorisága a magasabb BMI-kategóriák felé haladva egyre alacsonyabb volt, így a leggyakrabban a soványsággal jellemezhetők körében fordult elő, míg legritkábban az elhízottak esetében. A tünetmentes testedzés kategóriája az egyes BMI-kategóriákban leggyakrabban a normál testsúlyúak körében fordult elő, míg legritkábban a soványsággal jellemezhetőek körében. A folytonos változó tekintetében megállapítható volt, hogy a heti rendszerességnél ritkábban vagy soha nem sportolók csoportja mind a tünetmentes testedzőkhöz képest ($p=0,049$), mind a testedzésfüggőségi tüneteket mutatókhoz képest ($p=0,003$) szignifikánsan magasabb BMI-vel volt jellemezhető.

A legalább hetente sportolók almintáján belül nem volt látható szignifikáns összefüggés a tünetmentes testedzés és a testedzésfüggőségi tünetek jelenlétének kategóriái és a nem ($\chi^2(1)=1,97$; $p=0,160$; $V=0,10$), a településméret ($\chi^2(2)=2,92$; $p=0,232$; $V=0,12$), a várható iskolai végzettség ($\chi^2(3)=1,38$; $p=0,711$; $V=0,09$), valamint a BMI ($\chi^2(3)=5,38$; $p=0,146$; $V=0,17$) kategóriái között. A tünetmentes testedzés és a testedzésfüggőségi tünetek jelenlétének kategóriái szignifikáns összefüggést mutattak az életkori kategóriákkal ($\chi^2(4)=14,30$; $p=0,006$; $V=0,27$): a testedzésfüggőségi tünetek jelenlétének az előfordulási aránya a 18–24 éves és a 25–34 éves korosztályokban volt a legmagasabb, a tünetmentes testedzés pedig leggyakrabban a 25–34 éves, valamint 35–44 éves korosztályokban volt jellemző.

5. táblázat: A testedzésfüggőségi tünetek jelenlétének mintázódása a főbb szociodemográfiai tényezők mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	N	Heti gyakoriságnál ritkábban sportolók vagy nem sportolók %	Tünetmentes testedzők %	Testedzésfüggőségi tünetek jelenléte %	χ^2 (df)	p	V
Nem							
férfiak	628	82,8	8,0	9,2	10,14 (2)	0,006	0,09
nők	724	88,3	6,6	5,1			
Korcsoport							
18–24	157	68,8	10,2	21,0	87,84 (8)	<0,001	0,18
25–34	272	79,4	10,3	10,3			
35–44	345	87,5	6,7	5,8			
45–54	302	89,4	6,6	4,0			
55–64	276	95,3	4,0	0,7			
Településméret							
<50 000	893	85,4	7,0	7,6	5,16 (4)	0,271	0,04
≥50 000	240	83,8	8,3	7,9			
Budapest	219	89,0	7,3	3,7			
Várható legmagasabb iskolai végzettség							
8 általános vagy kevesebb	159	98,1	1,3	0,6	138,49 (6)	<0,001	0,23
szakmunkás	473	93,9	3,4	2,8			
érettségi	468	84,6	7,1	8,3			
felsőfok / egyetem utáni képzés	252	64,7	18,7	16,7			
Testtömeg-index (BMI)							
Soványság	26	80,8	3,9	15,4	20,21 (6)	0,003	0,09
Normális testsúly	576	80,6	10,1	9,4			
Túlsúlyosság	456	88,2	4,8	7,0			
Elhízás	150	90,0	6,7	3,3			

Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V hatásméret-mutató.
A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre

6. táblázat: A testedzésfüggőség rizikókategóriáinak összehasonlítása az életkor és a testtömeg-index (BMI) változói mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Heti gyakoriságnál ritkábban sportolók vagy nem sportolók			Tünetmentes testedzők			Testedzésfüggőségi tünetek jelenléte			F	p	η^2
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD			
Életkor	1158	42,99	12,81	98	38,04	12,61	95	31,46	11,18	41,09	<0,001	0,06
BMI	1022	25,65	4,27	91	24,54	4,32	95	24,17	3,47	7,62	0,001	0,01

Megjegyzések: N: válaszolók száma; M: átlag; SD: szórás; F: egyszempontos ANOVA-teszt statisztikája; p: szignifikancia-érték az F-statisztikához kapcsolódóan; η^2: Eta-négyzet hatásméret-mutató. A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.

A tünetmentes testedzés és testedzésfüggőségi tünetek jelenlétével való szociodemográfiai és pszichológiai összefüggések további vizsgálata multinomiális logisztikus regressziós modellek létrehozásával történt (7. táblázat). Ennek során a kimeneti változón a referenciakategóriát a heti gyakoriságnál ritkábban vagy soha nem sportolók jelentették, így hozzájuk képest vizsgáltuk az egyes magyarázóváltozók, a tünetmenetes testedzés és a testedzésfüggőségi tünetek jelenléte mint kimeneti változók közötti páronkénti, nem kontrollált kapcsolatokat, valamint egy többváltozós modell is becslésre került. A többváltozós modellbe a szociodemográfiai és pszichológiai prediktor-változók ENTER-módszerrel egyszerre kerültek beléptetésre. Jelen fejezetben szövegesen csak a többváltozós modell eredményeit mutatjuk be. A többváltozós multinomiális logisztikus regressziós modell a tünetmentes testedzés és a testedzésfüggőségi tünetek jelenlétének előrejelzésére szignifikánsan jobb predikciót nyújtott, mint a kiindulási modell, mely a prediktor-változókat még nem tartalmazta ($\chi^2(50)=240,50$; $p<0,001$; Cox & Snell $R^2=0,26$; Nagelkerke $R^2=0,42$; McFadden $R^2=0,31$). A prediktor-változókat tartalmazó többváltozós modell összességében 88,1%-ban, a nem heti rendszerességgel sportolók esetében 98,8%-ban, a tünetmentes testedzők esetében 1,8%-ban, míg a testedzésfüggőség tüneteit mutató személyek esetében 36,6%-ban jósolta be helyesen a résztvevők csoporttagságát.

Mint említettük, a tünetmentes testedzők esetében a modell besorolási pontossága meglehetősen gyenge, mindazonáltal a többváltozós modell alapján három szignifikáns változó azonosítható: a hátrányos anyagi helyzet, a szenzoros élménykeresés és a mentalizáció/reflektív funkciók bizonyosság altípusa szignifikáns szerepet kapott a tünetmentes testedzés becslésében. A hátrányos anyagi helyzet szignifikáns és negatív kapcsolatot mutatott a tünetmentes tes-

tedzéssel. Egységnyi növekedés a hátrányos anyagi helyzetet mérő összesítő változón 65%-kal csökkentette a tünetmentes testedzés jelenlétének esélyét. A szenzoros élménykeresés[1] és a mentalizáció/reflektív funkciók bizonyosság alskálája[2] szignifikáns és pozitív összefüggésben állt a tünetmentes testedzés jelenlétével. Egységnyi növekedés a Szenzoros Élménykeresés Skála mentén 10%-kal, míg a Reflektív Funkcionalitás Kérdőív Bizonyosság alskálája mentén 93%-kal növelte a tünetmentes testedzés jelenlétének esélyét. Utóbbi hatás tekintetében fontos megjegyezni, hogy az esélyhányados pontbecslése körül viszonylag széles tartományt ölelt fel a konfidencia-intervallum, ami a becslés bizonytalanságára utal.

A testedzésfüggőségi tünetek jelenlétének magyarázatára létrehozott többváltozós modellben az életkor, a településméret, a hátrányos anyagi helyzet, a családban előforduló kockázati magatartások száma, az általános jóllét, az impulzivitás, a szenzoros élménykeresés és a rumináció bizonyult szignifikáns prediktornak. Az életkor, a hátrányos anyagi helyzet, a családban előforduló kockázati magatartások száma (pl. dohányzás, alkoholhasználat, pszichiátriai kezelés) és az impulzivitás[3] szignifikáns és negatív kapcsolatot mutatott a testedzésfüggőségi tünetek jelenlétével. Azaz ezen változók egységnyi fokozódásával csökkent a testedzésfüggőségi tünetek jelenlétének esélye: az életkor esetén 4%-kal, a hátrányos anyagi helyzet esetén 66%-kal, a családban előforduló kockázati magatartások száma esetén 29%-kal, a Barratt Impulzivitás Skála esetén pedig 12%-kal. Ugyanakkor fontos figyelembe venni, hogy a családban előforduló kockázati magatartások és az impulzivitás konstruktumai nem mutattak szignifikáns összefüggést a testedzésfüggőségi tünetek jelenlétével a nemkontrollált, páronkénti kapcsolatok vizsgálata során. Így ezen hatások óvatos értelmezése javasolt a felnőtt lakosságra vonatkoztatva. Szignifikáns és pozitív módon jelezte előre a testedzésfüggőségi tünetek jelenlétét az általános jóllét,[4] a szenzoros élménykeresés, a rumináció,[5] valamint ha az egyén 50 ezer főnél nagyobb lakosságú vidéki városban lakott (összehasonlítva a budapesti

1 Szenzoros élménykeresés: ha a személyre inkább jellemző, hogy újszerű és intenzív élményeket keres, akár kockázatok árán is.

2 Mentalizáció / reflektív funkciók – Bizonyosság alskála: ha a személy a saját és mások mentális állapotaival kapcsolatban túlságosan biztos és részletes elképzelésekkel bír, ami csak korlátozottan kapcsolódik a tényleges valósághoz.

3 Impulzivitás: ha válaszolóra inkább jellemző a meggondolatlanság cselekedeteiben, a tervezés hiánya és a figyelem megtartásának hiánya.

4 Általános jóllét: ha a személyre inkább volt jellemző, hogy aktívnak, frissnek, vidámnak és nyugodtnak érezte magát az elmúlt időszakban.

5 Rumináció: ha a válaszoló inkább hajlamos negatív érzelmein, azok okain és következményein rágódni.

lakosokkal). A Szenzoros Élménykeresés Skála mentén tapasztalt egységnyi növekedés 19%-kal, míg a WHO Jóllét Kérdőív és a Ruminatív Válaszstílus Kérdőív mentén megfigyelt egységnyi növekedés 17-17%-kal növelte meg a testedzésfüggőségi tünetek jelenlétének esélyét. Az 50 ezer főnél nagyobb lakosságú vidéki városokban lakók 4,46-szor nagyobb eséllyel számoltak be a testedzésfüggőségi tünetek jelenlétéről, mint a budapesti lakosok. Ugyanakkor, utóbbi hatást érdemes óvatosan értelmezni, hiszen az esélyhányados pontbecslése körül viszonylag széles tartományt ölelt fel a konfidencia-intervallum, ami a becslés bizonytalanságára utal.

3. A TESTEDZÉSFÜGGŐSÉG ELTERJEDTSÉGÉNEK VÁLTOZÁSA FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

Az OLAAP 2019-es adatfelvételéből származó, a testedzésfüggőség elterjedtségére vonatkozó adatok időbeli összehasonlítása kapcsán fontos kiemelni, hogy az OLAAP 2019-es adatfelvétele során az eredeti ötfokozatú válaszskálát tartalmazó EAI-nek egy módosított, hat válaszkategóriás változata került felhasználásra.[6] Jelen fejezet szerzőinek tudomása szerint a testedzésfüggőség elterjedtségét országos reprezentatív felnőtt lakossági mintán csak az OLAAP-kutatás korábbi hullámai vizsgálták, melyekben az eredeti ötfokozatú válaszskálát tartalmazó EAI került alkalmazásra (Mónok et al., 2012), így az OLAAP 2019-es adatfelvételéből származó elterjedtségi mutatók csak korlátozottan vethetőek össze közvetlenül korábbi prevalencia-mutatókkal. Jelen vizsgálatban mért prevalencia értékek a tünetmentes testedzés (7,3%), a testedzésfüggőség tüneteinek jelenléte a testedzésfüggőség kockázata nélkül (6,7%), illetve a testedzésfüggőség kockázata tekintetében (0,4%) hibahatáron belül megfelelnek az OLAAP 2007-es adatfelvétele során mért elterjedtségi mutatóknak a teljes lakosság körében (tünetmentes testedzés: 7,4%; testedzés tüneteinek jelenléte a testedzésfüggőség kockázata nélkül: 8,6%; a testedzésfüggőség kockázatának jelenléte: 0,5%) (Mónok et al., 2012).

6 A módosított változatot kialakító Szabó Attila és munkatársai érvelése szerint a páros számú válaszkategória alkalmazásával elkerülhető a középső, semleges válaszopció miatt potenciálisan megjelenő torzítás, például egyes feltételezések szerint a középső válaszopció preferenciájából adódó mesterségesen magasabb összpontszám-érték (Szabó et al., 2019).

7. táblázat: Multinomiális logisztikus regressziós modellek: szociodemográfiai és pszichológiai tényezők kapcsolata a testedzésfüggőségi rizikókategóriákkal a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések[7]				Többváltozós modell[8]			
	Tünetmentes testedzők		Testedzésfüggőségi tünetek jelenléte		Tünetmentes testedzők		Testedzésfüggőségi tünetek jelenléte	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Férfi nem (ref.: női nem)	1,28 [0,85–1,93]	0,242	1,92 [1,25–2,95]	0,003	1,26 [0,63–2,51]	0,515	1,91 [0,88–4,18]	0,104
Életkor	0,97 [0,95–0,99]	<0,001	0,93 [0,91–0,94]	<0,001	1,00 [0,97–1,03]	0,898	0,96 [0,93–1,00]	0,027
Testtömeg-index (BMI)	0,93 [0,88–0,99]	0,017	0,91 [0,86–0,96]	0,001	0,96 [0,88–1,05]	0,351	0,96 [0,86–1,07]	0,416
Településméret (ref.: Budapest)								
50 ezer fő alatti lakosságú település	0,96 [0,54–1,69]	0,887	2,15 [1,02–4,53]	0,044	1,68 [0,66–4,27]	0,279	3,33 [0,99–11,19]	0,051
legalább 50 ezer fős vidéki város	1,20 [0,61–2,37]	0,597	2,30 [0,99–5,36]	0,053	2,19 [0,68–7,04]	0,187	4,46 [1,13–17,57]	0,032
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: 8 általános vagy kevesebb)**								
szakmunkás	3,40 [0,66–17,41]	0,142	3,81 [0,58–25,29]	0,165	–		–	
érettségi	8,18 [1,67–40,23]	0,010	12,99 [2,07–81,66]	0,006	–		–	
felsőfokú végzettség / egyetem utáni képzés	28,09 [5,75–137,22]	<0,001	34,13 [5,42–214,90]	<0,001	–		–	

7 A páronkénti kapcsolatok tesztelése külön-külön elvégzett multinomiális logisztikus regressziós modellek keretében történt, melyben a kimeneti változó a testedzésfüggőségi rizikókategóriák voltak (referenciakategória = Heti gyakoriságnál ritkábban sportolók; kimeneti változók = (i) Tünetmentes testedzők és (ii) Testedzésfüggőségi tünetek jelenléte), míg a magyarázó változó az adott sorban megemlített változó volt.

8 Multinomiális logisztikus regressziós modell, melyben kimeneti változó a testedzésfüggőségi rizikókategóriák voltak (referenciakategória = Heti gyakoriságnál ritkábban sportolók; kimeneti változók = (i) Tünetmentes testedzők és (ii) Testedzésfüggőségi tünetek jelenléte), míg magyarázó változóként az első oszlopban felsorolt változókat egyszerre tartalmazta a modell (N=800; 57,8%).

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések[7]				Többváltozós modell[8]			
	Tünetmentes testedzők		Testedzésfüggőségi tünetek jelenléte		Tünetmentes testedzők		Testedzésfüggőségi tünetek jelenléte	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzetség hiánya)	1,94 [0,97–3,89]	0,062	1,27 [0,69–2,32]	0,443	3,65 [0,79–16,96]	0,098	1,86 [0,62–5,59]	0,267
Intergenerációs képzettségi mobilitás (ref.: felfelé történő mobilitás)								
nincs mobilitás	1,05 [0,68–1,62]	0,829	0,62 [0,39–0,97]	0,038	0,88 [0,45–1,73]	0,718	0,69 [0,33–1,48]	0,344
lefelé történő mobilitás	1,69 [0,64–4,45]	0,289	2,29 [1,04–5,04]	0,040	1,83 [0,40–8,29]	0,434	2,80 [0,72–10,88]	0,138
Munkavégzéssel töltött idő (órák száma)	1,00 [0,99–1,01]	0,953	0,99 [0,98–1,00]	0,142	1,01 [0,98–1,03]	0,640	0,99 [0,97–1,02]	0,516
Háztartás havi nettó jövedelme (ref.: 180 ezer Ft vagy kevesebb)*								
181–255 ezer Ft	0,67 [0,17–2,59]	0,560	1,31 [0,47–3,68]	0,604	–		–	
256–380 ezer Ft	0,97 [0,30–3,13]	0,965	1,19 [0,44–3,21]	0,729	–		–	
381–400 ezer Ft	2,69 [0,86–8,37]	0,088	1,59 [0,53–4,75]	0,407	–		–	
400 ezer Ft felett	7,77 [2,72–22,18]	<0,001	5,47 [2,10–14,23]	<0,001	–		–	
Hátrányos anyagi helyzet	0,38 [0,28–0,50]	<0,001	0,42 [0,32–0,56]	<0,001	0,35 [0,21–0,58]	<0,001	0,34 [0,20–0,60]	<0,001
Háztartásméret	1,10 [0,94–1,29]	0,243	1,32 [1,13–1,53]	<0,001	0,93 [0,69–1,25]	0,621	0,96 [0,70–1,34]	0,830
Együttélő kapcsolat hiánya (ref.: kapcsolat megléte)*	2,21 [1,38-3,56]	0,001	4,04 [2,52-6,48]	<0,001	-		-	
Családban előforduló kockázati magatartások száma	1,07 [0,94-1,22]	0,326	1,00 [0,86-1,15]	0,964	1,24 [1,00-1,55]	0,054	0,71 [0,53-0,94]	0,019
Vallásosság (ref.: Vallásos)								
nem tudja	1,15 [0,47–2,84]	0,759	4,05 [2,03–8,08]	<0,001	0,69 [0,19–2,57]	0,580	1,61 [0,43–6,00]	0,475
nem vallásos / ateista	1,06 [0,69–1,64]	0,784	1,83 [1,14–2,92]	0,012	1,09 [0,54–2,21]	0,814	2,06 [0,93–4,55]	0,075

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések[7]				Többváltozós modell[8]			
	Tünetmentes testedzők		Testedzésfüggőségi tünetek jelenléte		Tünetmentes testedzők		Testedzésfüggőségi tünetek jelenléte	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Anómia	0,89 [0,85–0,93]	<0,001	0,96 [0,93–1,00]	0,039	1,05 [0,97–1,14]	0,216	0,97 [0,90–1,06]	0,517
Élettel való elégedettség (általános)	2,00 [1,50–2,68]	<0,001	1,36 [1,06–1,76]	0,017	1,10 [0,67–1,81]	0,711	1,27 [0,76–2,11]	0,360
Társas integráció	2,21 [1,70–2,87]	<0,001	2,59 [1,98–3,40]	<0,001	1,52 [0,97–2,38]	0,069	1,35 [0,84–2,15]	0,215
Általános jóllét	1,29 [1,19–1,39]	<0,001	1,20 [1,11–1,29]	<0,001	1,15 [0,99–1,33]	0,060	1,17 [1,02–1,35]	0,027
Impulzivitás	0,91 [0,86–0,95]	<0,001	1,02 [0,98–1,06]	0,408	0,96 [0,88–1,05]	0,390	0,88 [0,80–0,97]	0,013
Szenzoros élménykeresés	1,08 [1,05–1,12]	<0,001	1,16 [1,12–1,20]	<0,001	1,10 [1,03–1,18]	0,006	1,19 [1,11–1,28]	<0,001
Rumináció	0,94 [0,90–0,99]	0,015	1,09 [1,06–1,13]	<0,001	1,00 [0,91–1,09]	0,944	1,17 [1,08–1,28]	<0,001
Aggodalmaskodás	0,80 [0,71–0,89]	<0,001	1,00 [0,93–1,08]	0,992	0,87 [0,72–1,06]	0,167	0,98 [0,84–1,15]	0,828
Testi tünetek	0,52 [0,24–1,13]	0,099	1,06 [0,58–1,94]	0,854	1,87 [0,60–5,83]	0,282	1,17 [0,41–3,33]	0,770
Mentalizáció: bizonyosság	1,89 [1,45–2,45]	<0,001	0,75 [0,60–0,94]	0,013	1,93 [1,08–3,48]	0,028	0,84 [0,49–1,42]	0,505
Mentalizáció: bizonytalanság	0,64 [0,32–1,26]	0,193	1,70 [1,05–2,76]	0,030	1,65 [0,58–4,74]	0,349	0,99 [0,39–2,51]	0,977

Megjegyzések. OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%–os konfidencia-intervallummal.
ref.: referencia kategória az adott változó tekintetében.
A többváltozós modellben szignifikáns (p<0,050) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.
* A prediktor-változót nem tartalmazza a többváltozós modell, mivel azon nagyszámú hiányzó adat található.
** A prediktor-változót nem tartalmazza a többváltozós modell, mivel annak bevonásával feltételezhetően torzított / túlságosan magas esélyhányados értékek lettek volna megfigyelhetőek (valószínűleg az ún. teljes elkülönülés jelensége és/vagy a prediktor-változó egyes celláiban lévő nagyon alacsony elemszámok miatt).

4. A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT LAKOSSÁG TESTEDZÉSFÜGGŐSÉGÉNEK MINTÁZATA NEMZETKÖZI KONTEXTUSBAN

Az OLAAP 2019-es adatfelvételéből származó prevalencia-értékek nemzetközi kontextusba helyezésére is csak korlátozottan nyílik lehetőség, egyrészt mert a Testedzés Addikció Kérdőívet (Exercise Addiction Inventory, EAI) használó kutatások leginkább speciális mintákon (pl. a rendszeresen sportolók vagy a hivatásos sportolók körében) vizsgálták a testedzésfüggőség elterjedtségét (Marques et al., 2019), másrészt az OLAAP 2019 kutatás során alkalmazott – a fentiekben jelzett – módosított mérőeszköz alkalmazása miatt. A rendszeres sportolók körében az eredeti EAI-kérdőív felhasználásával a nemzetközi, nem reprezentatív mintát felhasználó tanulmányok a testedzésfüggőség kockázatának 3–9%-os elterjedtségéről számolnak be (Marques et al., 2019). Ehhez hasonlóan, az OLAAP 2019-es adatfelvétel eredményei alapján is a legalább heti rendszerességgel sportolók 2,6%-a esetében volt valószínűsíthető a testedzésfüggőség kockázata.

Az OLAAP 2019 kutatás alapján több olyan háttérváltozó is azonosítható volt, mely szignifikánsnak bizonyult a többváltozós modellben és a páronkénti, nemkontrollált összefüggések vizsgálata során is a testedzésfüggőségi tünetek magyarázatára. Az alacsonyabb életkor, a kevésbé hátrányos anyagi helyzet, illetve a magasabb szintű általános jóllét, szenzoros élménykeresés és rumináció a testedzésfüggőségi tünetek jelenlétének nagyobb esélyével függött össze a hetente nem sportolókkal összevetve. A nemzetközi szakirodalmi eredmények szintén arról számolnak be, hogy az alacsonyabb életkor a testedzésfüggőség jelentős rizikófaktorának tekinthető (Marques et al., 2019). Az anyagi helyzet szerepét vizsgálva, a korábbi tanulmányok szignifikáns és pozitív kapcsolatról számoltak be a magasabb jövedelmi státusz és a testedzés mértéke között (Murray et al., 2012; Scholes & Mindell, 2020). Ugyanakkor fontos figyelembe venni, hogy ezek a kutatások nem a problémás testedzés konstruktumára fókuszáltak. Az általános/globális jóllét és a testedzésfüggőség problémáinak jelenléte között általunk megfigyelt szignifikáns és pozitív kapcsolat ellentmond a korábbi szakirodalmi adatoknak. Egyes tanulmányok a fizikai és mentális jóllét különböző paraméterei és a testedzésfüggőség között negatív kapcsolatokról számolnak be, ugyanakkor más kutatások nem mutattak ki szignifikáns különbségeket a testedzésfüggőség rizikójával jellemezhető és a rizikót nem mutató csoportok között (Lichtenstein et al., 2014; Maráz et al., 2015; Mayolas-Pi et al., 2017; Menczel et al., 2017). A szenzoros élménykeresés (és azzal kapcsolatba hozható egyéb személyiség- és temperamentumjellemzők) tekintetében a szakirodalmi adatok nem nyújtanak egyértelmű képet. Egyes tanulmányok nem találtak

szignifikáns összefüggést az újdonságkeresés temperamentum-dimenziója és a testedzésfüggőség között (Grandi et al., 2011), míg más kutatók szignifikáns és pozitív összefüggésről számoltak be a viselkedésaktiváló rendszer (behavior activation system, BAS) mértéke és a testedzésfüggőség között (Müller et al., 2015). Emellett egyes kutatók – az OLAAP-kutatás eredményeivel összhangban – arról számoltak be, hogy a rendszeres testedzés szignifikáns és pozitív irányú kapcsolatot mutathat a szenzoros élménykeresés vonásával (De Moor et al., 2006). A depresszív ruminációval való szignifikáns összefüggés szempontjából fontos kiemelni, hogy egyes korábbi tanulmányok a testedzésfüggőség és a negatív affektivitás különböző konstruktumai (pl. depresszív és szorongásos tünetek, neuroticizmus személyiségvonása) között szignifikáns és pozitív kapcsolatokat írtak le (Bircher et al., 2017; Colledge et al., 2020). Másrészt a testedzésfüggőséget magyarázó számos pszichológiai elmélet kiemeli, hogy az érintett személyek körében a testedzésnek a negatív érzésekkel való coping- és érzelemregulációs szerepe lehet, illetve egy testedzésfüggőséget mutató személy akár a testedzés elmaradásakor megvonási tüneteket is megélhet, ami bűntudat, irritábilitás és szorongás formájában is megjelenhet (Berczik et al., 2012). Azaz a depresszív rumináció (ha valaki inkább hajlamos negatív érzelmein, azok okain és következményein rágódni), mint maladaptív érzelemregulációs stratégia, akár részben magyarázhatja a testedzésfüggőség negatív affektivitással való kapcsolatát, illetve összefügghet a testedzéssel (és annak elmaradásával) összekapcsolódó negatív érzelmekkel és maladaptív érzelemregulációs folyamatokkal (pl. testedzés mint coping-funkció). Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy jelen többváltozós elemzésben csupán a testedzésből adódó függőségi tünetek jelenlétét magyaráztuk a prediktor-változók által, míg a fent hivatkozott tanulmányok jellemzően ennél egy súlyosabb kategóriával, a testedzésfüggőség kockázatának jelenlétével való összefüggéseket tárták fel.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Berczik, K., Szabó, A., Griffiths, M. D., Kurimay, T., Kun, B., Urbán, R. & Demetrovics, Zs. (2012). Exercise Addiction: Symptoms, Diagnosis, Epidemiology, and Etiology. *Substance Use & Misuse*, *47*(4), 403–417. https://doi.org/10.3109/10826084.2011.639120

Bircher, J., Griffiths, M. D., Kasos, K., Demetrovics, Z. & Szabo, A. (2017). Exercise addiction and personality: A two-decade systematic review of the empirical literature (1995–2015). *Baltic Journal of Sport & Health Sciences*, *3*, 19–33.

Colledge, F., Sattler, I., Schilling, H., Gerber, M., Pühse, U. & Walter, M. (2020). Mental disorders in individuals at risk for exercise addiction – A systematic review. *Addictive Behaviors Reports, 12*, 100314. https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100314

De Moor, M. H. M., Beem, A. L., Stubbe, J. H., Boomsma, D. I. & De Geus, E. J. C. (2006). Regular exercise, anxiety, depression and personality: A population-based study. *Preventive Medicine, 42*(4), 273–279. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2005.12.002

Grandi, S., Clementi, C., Guidi, J., Benassi, M. & Tossani, E. (2011). Personality characteristics and psychological distress associated with primary exercise dependence: An exploratory study. *Psychiatry Research, 189*(2), 270–275. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.02.025

Lichtenstein, M. B., Christiansen, E., Elklit, A., Bilenberg, N. & Støving, R. K. (2014). Exercise addiction: A study of eating disorder symptoms, quality of life, personality traits and attachment styles. *Psychiatry Research, 215*(2), 410–416. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.11.010

Maráz, A., Urbán, R., Griffiths, M. D. & Demetrovics, Zs. (2015). An Empirical Investigation of Dance Addiction. *PLOS ONE, 10*(5), e0125988. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125988

Marques, A., Peralta, M., Sarmento, H., Loureiro, V., Gouveia, É. R. & Gaspar de Matos, M. (2019). Prevalence of Risk for Exercise Dependence: A Systematic Review. *Sports Medicine, 49*(2), 319–330. https://doi.org/10.1007/s40279-018-1011-4

Mayolas-Pi, C., Simón-Grima, J., Peñarrubia-Lozano, C., Munguía-Izquierdo, D., Moliner-Urdiales, D. & Legaz-Arrese, A. (2017). Exercise addiction risk and health in male and female amateur endurance cyclists. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(1), 74–83. https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.018

Menczel, Z., Griffiths, M. D., Vingender, I., Eisinger, A., Farkas, J., Magi, A., Mervó, B., Kökönyei, G. & Demetrovics, Zs. (2017). Exercise dependence in amateur competitors and non-competitor recreational exercisers. *International Journal of Mental Health and Addiction, 15*(3), 580–587. https://doi.org/10.1007/s11469-016-9661-7

Mónok, K., Berczik, K., Urbán, R., Szabo, A., Griffiths, M. D., Farkas, J., Magi, A., Eisinger, A., Kurimay, T., Kökönyei, G., Kun, B., Paksi, B. & Demetrovics, Zs. (2012). Psychometric properties and concurrent validity of two exercise addiction measures: A population wide study. *Psychology of Sport and Exercise, 13*(6), 739–746. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2012.06.003

Murray, T. C., Rodgers, W. M. & Fraser, S. N. (2012). Exploring the relationship between socioeconomic status, control beliefs and exercise behavior: A multiple mediator model. *Journal of Behavioral Medicine, 35*(1), 63–73. https://doi.org/10.1007/s10865-011-9327-7

Müller, A., Claes, L., Wos, K., Kerling, A., Wünsch-Leiteritz, W., Cook, B. & de Zwaan, M. (2015). Temperament and Risk for Exercise Dependence: Results of a Pilot Study

in Female Patients with Eating Disorders Compared to Elite Athletes. *Psychopathology, 48*(4), 264–269. https://doi.org/10.1159/000436978

Scholes, S., Mindell, J. S. (2020). Inequalities in participation and time spent in moderate-to-vigorous physical activity: A pooled analysis of the cross-sectional health surveys for England 2008, 2012, and 2016. *BMC Public Health, 20*(1), 361. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08479-x

Szabó, A., Pinto, A., Griffiths, M. D., Kovácsik, R. & Demetrovics, Zs. (2019). The psychometric evaluation of the Revised Exercise Addiction Inventory: Improved psychometric properties by changing item response rating. *Journal of Behavioral Addictions, 8*(1), 157–161. https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.06

Terry, A., Szabo, A. & Griffiths, M. (2004). The Exercise Addiction Inventory: A New Brief Screening Tool. *Addiction Research & Theory, 12*(5), 489–499. https://doi.org/10.1080/16066350310001637363

Horváth Zsolt – Demetrovics Zsolt – Paksi Borbála

EVÉSZAVAROK

1. AZ EVÉSZAVAROK ELTERJEDTSÉGE

Az OLAAP 2019-es és a BLS 2019-es kutatása során az evészavarok jelenlétének kockázatát a SCOFF Kérdőívvel mértük (Morgan et al., 1999). A kérdőív öt tétele az anorexia nervosa (AN) és a bulimia nervosa (BN) központi tüneteit méri. A résztvevőknek ezen tünetek jelenlétéről vagy hiányáról kell dönteniük („igen" és „nem" válaszopciók szerint). A kérdőív révén azok a személyek sorolhatóak az evészavarok kockázatát mutató csoportba, akik legalább 2 tünet jelenlétéről beszámolnak. Fontos megjegyezni, hogy az evészavarok diagnosztikus kategóriája meglehetősen heterogén, azaz több, egymástól jelentősen eltérő tüneti képet mutató zavart is magában foglal. Például az AN és a BN mellett ide tartozik a falásroham-zavar (binge eating disorder, BED). Más tényezők mellett ezen zavarok között különbséget jelenthet, hogy míg az AN-val diagnosztizált személyek inkább restriktív tüneteket mutathatnak, addig a BN és a BED esetén jellemző lehet a kontrollvesztés. Emellett akár különbséget jelenthet ezen zavarok között az is, hogy AN esetén jelentősen alacsony testsúly jellemző, míg a BN és a BED akár rizikót jelenthet a túlsúlyosságra és az elhízásra is (American Psychiatric Association, 2013; Marcus & Wildes, 2014; McCuen-Wurst et al., 2018). Ugyanakkor fontos kiemelni, hogy a SCOFF Kérdőív révén nem lehetséges az evészavarok különböző típusainak differenciált mérése, a kérdőív csak az evészavarok jelenlétére vonatkozó rizikó átfogó, nemspecifikus megállapítását teszi lehetővé. Annak érdekében, hogy részletesebben is elemezhető legyen az evészavarok elterjedtsége a felnőtt lakosság és a budapesti fiatal felnőttek körében, testtömeg-index (body mass index, BMI) kategóriák szerinti bontásban is bemutatásra kerülnek a prevalencia-értékek. A fejezetben négy BMI kategória mentén vizsgáltuk az evészavarok elterjedtségét: (i) soványság (18,5 alatti BMI), (ii) normális testsúly (18,5–25 közötti BMI), (iii) túlsúlyosság (25–30 közötti BMI) és (iv) elhízás (30 vagy afölötti BMI).

1.1. Az evészavarok elterjedtsége a felnőtt lakosság körében

Az OLAAP 2019-es adatfelvétele alapján a magyarországi 18–64 éves népesség 7,2%-a (±1,4) esetében valószínűsíthető az evészavarok jelenlétének kockázata. A jelenség előfordulása tekintetében szignifikáns nemi különbség azonosítható ($\chi^2(1)=13,11$; $p<0,001$; $\varphi=0,10$): a nők körében mintegy kétszer gyakrabban fordult elő az evészavarok rizikója. Az evészavarok rizikójának elterjedtségét a BMI-kategóriák szerinti bontásban vizsgálva, megállapítható, hogy a túlsúlyosság mellett jelen lévő evészavarokra való rizikó mutatta a leggyakoribb elterjedtséget (3,4% ±1,0), míg legritkábban a soványság mellett jelen lévő evészavar-rizikó volt jellemző (0,1% ±0,2) (1. táblázat). A nemi összehasonlításra nem nyílt lehetőség a BMI kategóriák szerinti bontásban, mivel a kereszttábla egyik cellájában 0 gyakoriság volt megfigyelhető.

1. táblázat: Az evészavarok rizikójának előfordulása nemek szerint és összesen a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Összesített elterjedtség								
Evészavarok rizikójának jelenléte	596	4,4	677	9,6	<0,001	1273	7,2	±1,4
BMI-kategóriák szerinti elterjedtség								
Evészavarok rizikójának jelenléte soványság mellett	572	0,0	642	0,2	-	1215	0,1	±0,2
Evészavarok rizikójának jelenléte normális testsúly mellett		0,9		3,1			2,1	±0,8
Evészavarok rizikójának jelenléte túlsúlyosság mellett		2,1		4,5			3,4	±1,0
Evészavarok rizikójának jelenléte elhízás mellett		1,4		1,9			1,6	±0,7

Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia intervallum.

1. 2. Az evészavarok elterjedtsége a budapesti fiatal felnőttek körében

A BLS 2019-es vizsgálatának eredményei szerint – a felnőtt népesség körében országosan mért értékkel hibahatáron belül megegyező arányban – a budapesti fiatal felnőttek 7,8%-ára (±0,9) volt jellemző az evészavarok jelenlétének kockázata (2. táblázat). Hasonlóan a felnőtt lakossági körében tapasztaltakhoz, szignifikáns különbség volt megfigyelhető a férfiak és a nők között ($\chi^2=22,81$;

p<0,001; φ=0,08): az evészavarokra vonatkozó rizikó nagyobb gyakorisággal fordult elő a nők körében. Az evészavarok rizikójának elterjedtségét a BMI kategóriák szerinti bontásban vizsgálva, megállapítható, hogy a túlsúlyosság mellett jelen lévő evészavarokra való rizikó mutatta a leggyakoribb elterjedtséget (3,5% ±0,6), míg legritkábban a soványság mellett jelenlévő evészavar-rizikó volt jellemző (0,2% ±0,1) (2. táblázat). Azok körében, akikre jellemző volt az evészavarok rizikójának jelenléte, nem mutatkozott szignifikáns összefüggés a BMI kategóriák és a nem között (χ^2=1,93; p=0,586; V=0,81).

2. táblázat: Az evészavarok rizikójának előfordulása nemek szerint és összesen a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság körében (a BLS 2019 adatfelvétel alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Összesített elterjedtség								
Evészavarok rizikójának jelenléte	1806	5,7	1941	9,8	<0,001	3746	7,8	±0,9
BMI kategóriák szerinti elterjedtség								
Evészavarok rizikójának jelenléte soványság mellett	1706	0,1	1855	0,4	<0,001	3559	0,2	±0,1
Evészavarok rizikójának jelenléte normális testsúly mellett		1,5		2,6			2,1	±0,4
Evészavarok rizikójának jelenléte túlsúlyosság mellett		2,6		4,3			3,5	±0,6
Evészavarok rizikójának jelenléte elhízás mellett		1,9		3,0			2,5	±0,5

Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: Khi-négyzet próbához kapcsolódó szignifikancia-érték; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.

2. AZ EVÉSZAVAROK SZOCIODEMOGRÁFIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI MINTÁZÓDÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

A 18–64 éves népesség körében az evészavarok rizikójának mintázódását leíró-statisztikai eszközökkel a főbb szociodemográfiai jellemzők – életkor, urbanizációs és kulturális státusz –, valamint a téma szempontjából meghatározó testtömeg-index mentén vizsgáltuk. Az életkori csoportok szerint az evészavarok rizikójának előfordulási aránya tekintetében nem mutatkozott szignifikáns összefüggés, azonban 95%-os megbízhatósági szinten azt mondhatjuk, hogy a legfiatalabb és a legidősebb vizsgált korosztály érintettsége hibahatáron túl eltér: az evészavarok rizikójának előfordulási aránya a 18–24 éves korosztályban volt a legalacsonyabb (2,8% ±2,7), míg az 55–64 éves résztvevők körében a legmagasabb (10,0 ±3,6) (3.

táblázat). Az életkor folytonos (nem kategoriális) változója mentén szignifikáns, kis hatásméretű különbség volt azonosítható az evészavarok rizikócsoportjai között. Utóbbi esetben az evészavarok rizikóját mutató résztvevők magasabb átlagéletkorral voltak jellemezhetőek, összevetve azon csoporttal, akik körében nem volt jelen rizikó az evészavarokra (4. táblázat). Az evészavarok rizikója nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a településmérettel és a várható legmagasabb iskolai végzettséggel (3. táblázat). Végül, a BMI alapján képzett kategóriák mentén vizsgálva, az evészavarokra vonatkozó rizikó előfordulásának fokozódását lehetett megfigyelni a magasabb BMI-kategóriák felé haladva, így a legalacsonyabb gyakoriság a soványsággal jellemezhetők (18,50 alatti BMI) körében volt látható, míg leggyakrabban az elhízott személyek (30 vagy afölötti BMI) esetében volt jellemző (3. táblázat). Az evészavarok rizikójának előfordulása mind a kategoriális (3. táblázat), mind a folytonos BMI-változóval (4. táblázat) szignifikáns kapcsolatot mutatott – gyenge és közepes hatásméretek mellett.

3. táblázat: Az evészavarok rizikójának mintázódása a főbb szociodemográfiai tényezők mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	N	%	χ^2 (df)	p	V
Korcsoport					
18–24	144	2,8	7,98 (4)	0,092	0,08
25–34	257	7,4			
35–44	326	7,7			
45–54	284	6,0			
55–64	261	10,0			
Településméret					
<50 000	845	6,2	4,30 (2)	0,116	0,06
≥50 000	220	10,0			
Budapest	207	8,2			
Várható legmagasabb iskolai végzettség					
8 általános vagy kevesebb	144	7,6	5,20 (3)	0,158	0,06
szakmunkás	444	5,6			
érettségi	443	9,3			
felsőfok / egyetem utáni képzés	241	5,8			
Testtömeg-index (BMI)					
Soványság	27	3,7	18,05 (3)	<0,001	0,12
Normális testsúly	578	4,3			
Túlsúlyosság	459	8,9			
Elhízás	151	13,3			

Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V hatásméret-mutató. A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre

4. táblázat: Az evészavarok rizikókategóriáinak összehasonlítása az életkor és a testtömeg-index (BMI) változói mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

Változó:	Nincs jelen rizikó az evészavarokra			Evészavarokra vonatkozó rizikó jelenléte			t	p	d
	N	Átlag	Szórás	N	Átlag	Szórás			
Életkor	1180	41,70	13,04	91	44,50	12,79	1,97	0,049	0,22
BMI	1127	25,27	4,13	87	27,68	5,02	5,15	<0,001	0,57

Megjegyzések: N: válaszolók száma; t: független mintás t-próba teszt statisztikája; p: szignifikanciaérték a független mintás t-próbához kapcsolódóan; d: Cohen-féle d hatásméret-mutató.
A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.

Az evészavarok rizikójának további kapcsolatát szociodemográfiai és pszichológiai változókkal a 5. táblázat mutatja be. A táblázat tartalmazza az egyes háttérváltozók és az evészavarok rizikója közötti páronkénti, nemkontrollált kapcsolatokat is, de jelen fejezetben szövegesen csak a többváltozós elemzés eredményeit ismertetjük. Utóbbi során egy bináris logisztikus regressziós modell került létrehozásra az evészavarok rizikójának magyarázatára (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van rizikó az evészavarokra), ENTER módszerrel, mely a szociodemográfiai és pszichológiai prediktor-változókat egyszerre tartalmazta. A létrehozott bináris logisztikus regressziós modell az evészavarok rizikójának jelenlétének becslésére szignifikánsan jobbnak bizonyult, mint a kiindulási, prediktor-változókat még nem tartalmazó modell ($\chi^2(28)=119,77$; $p<0,001$; Cox & Snell $R^2=0,14$; Nagelkerke $R^2=0,37$). A létrehozott modell 93,9%-ban helyesen jósolja be a résztvevők csoporttagságát összességében, amely csupán csekély mértékű, 0,3%-nyi emelkedést jelent a kiindulási modell által nyújtott klasszifikációs teljesítményhez (93,6%) képest. A magyarázó változókat is tartalmazó modell 17,7%-ban jósolta be helyesen az evészavarokra vonatkozó rizikót mutató személyeket.

A modellbe bevont magyarázó változók közül a nem, a BMI, az intergenerációs képzettségi mobilitás, a családban előforduló kockázati magatartások száma, az impulzivitás, a rumináció és az aggodalmaskodás bizonyult szignifikánsnak. A nem tekintetében a nők szignifikánsan, 3,34-szer nagyobb eséllyel mutattak rizikót az evészavarok jelenlétére, összehasonlítva a férfiakkal. Az intergenerációs képzettségi mobilitást vizsgálva látható, hogy azok, akiknek várható iskolai végzettségük alacsonyabb volt, mint a velük egynemű szüleiknek, szignifikánsan, 5,49-szer nagyobb eséllyel mutattak rizikót az evészavarok jelenlétére, összehasonlítva azokkal, akiknek a várható iskolai végzettségük magasabb volt, mint a velük egynemű szüleiknek. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy az intergenerációs képzettségi mobilitás és az evészavarok rizi-

kójának nemkontrollált összefüggése nem bizonyult szignifikánsnak egy, a többváltozós modellnél nagyobb mintán vizsgálva (89,9%). A BMI, a családban előforduló kockázati magatartások száma (pl. dohányzás, alkoholhasználat, pszichiátriai kezelés), az impulzivitás,[1] a rumináció[2] és az aggodalmaskodás[3] változói mind szignifikáns és pozitív kapcsolatot mutattak az evészavarokra vonatkozó rizikó jelenlétével. Megállapítható, hogy egységnyi fokozódás a BMI mentén az evészavarokra vonatkozó rizikó 19%-kal, a családban előforduló kockázati magatartások száma mentén 43%-kal, a Barratt Impulzivitás Skála mentén 20%-kal, a Ruminatív Válaszstílus Kérdőív mentén 10%-kal, míg a Penn State Aggódás Kérdőív mentén 16%-kal nagyobb esélyével járt. Utóbbi hatás tekintetében ugyanakkor az esélyhányadoshoz kapcsolódó 95%-os konfidencia-intervallum magába foglalta a kapcsolat hiányát kifejező 1,00-ás értéket is, ezáltal az aggodalmaskodás és az evészavarok rizikója közötti kapcsolat jelentőségének óvatos értelmezése javasolt.

5. táblázat: Bináris logisztikus regressziós modellek: szociodemográfiai és pszichológiai tényezők kapcsolata az evészavarok rizikójával a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések az evészavarok rizikójával[4]		Többváltozós modell az evészavarok rizikójának előrejelzésére[5]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Női nem (ref.: férfi nem)	2,28 [1,43–3,63]	0,001	3,34 [1,45–7,69]	0,004
Életkor	1,02 [1,00–1,03]	0,049	1,02 [0,98–1,06]	0,359
Testtömeg-index (BMI)	1,12 [1,07–1,17]	<0,001	1,19 [1,10–1,28]	<0,001
Településméret (ref.: 50 ezer fő alatti lakosságú település)				
legalább 50 ezer fős vidéki város	1,68 [0,99–2,83]	0,053	0,65 [0,25–1,70]	0,383

1 Impulzivitás: ha válaszolóra inkább jellemző a meggondolatlanság cselekedeteiben, a tervezés hiánya és a figyelem megtartásának hiánya.

2 Rumináció: ha a válaszoló inkább hajlamos negatív érzelmein, azok okain és következményein rágódni.

3 Aggodalmaskodás: ha a válaszolóra inkább jellemző, hogy állandó jelleggel, sok helyzetben és kontrollálhatatlanul aggódjon.

4 A páronkénti kapcsolatok tesztelése külön-külön elvégzett bináris logisztikus regressziós modellek keretében történt, melyben a kimeneti változó az evészavarok rizikója (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg a magyarázó változó az adott sorban megemlített változó volt.

5 Bináris logisztikus regressziós modell, melyben a kimeneti változó az evészavar rizikója (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg magyarázó változóként az első oszlopban felsorolt változókat egyszerre tartalmazta a modell (N=801; 57,8%).

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések az evészavarok rizikójával[4]		Többváltozós modell az evészavarok rizikójának előrejelzésére[5]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Budapest	1,34 [0,76–2,38]	0,311	1,94 [0,74–5,12]	0,179
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: 8 általános vagy kevesebb)				
szakmunkás	0,71 [0,34–1,48]	0,358	2,01 [0,29–14,11]	0,481
érettségi	1,24 [0,62–2,48]	0,543	4,74 [0,68–32,97]	0,116
felsőfokú / egyetem utáni képzés	0,75 [0,33–1,70]	0,490	5,33 [0,57–49,39]	0,141
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzetség hiánya)	0,69 [0,41–1,18]	0,178	1,23 [0,33–4,66]	0,759
Intergenerációs képzettségi mobilitás (ref.: felfelé történő mobilitás)				
nincs mobilitás	0,82 [0,52–1,28]	0,381	1,14 [0,51–2,55]	0,758
lefelé történő mobilitás	1,79 [0,71–4,50]	0,214	5,49 [1,01–29,95]	0,049
Munkavégzéssel töltött idő (órák száma)	0,99 [0,98–1,01]	0,299	0,99 [0,97–1,02]	0,580
Háztartás havi nettó jövedelme (ref.: 125 ezer Ft vagy kevesebb)*				
126–180 ezer Ft	0,96 [0,28–3,31]	0,943	–	
181–255 ezer Ft	0,97 [0,30–3,12]	0,962	–	
256–380 ezer Ft	0,45 [0,14–1,50]	0,196	–	
381–400 ezer Ft	0,68 [0,19–2,41]	0,555	–	
400 ezer Ft felett	0,68 [0,19–2,42]	0,555	–	
Hátrányos anyagi helyzet	1,00 [0,81–1,24]	0,991	0,67 [0,41–1,11]	0,121
Háztartásméret	0,84 [0,70–1,01]	0,058	1,04 [0,77–1,42]	0,778
Együttélő kapcsolat megléte (ref.: kapcsolat hiánya)*	1,46 [0,76–2,79]	0,257	–	
Családban előforduló kockázati magatartások száma	1,36 [1,22–1,53]	<0,001	1,43 [1,17–1,75]	<0,001
Vallásosság (ref.: nem vallásos / ateista)				
vallásos	0,99 [0,63–1,57]	0,975	0,60 [0,26–1,40]	0,237
nem tudja	1,79 [0,84–3,82]	0,132	0,93 [0,26–3,33]	0,906
Anómia	1,07 [1,04–1,10]	<0,001	1,04 [0,96–1,11]	0,342
Élettel való elégedettség (általános)	0,67 [0,55–0,81]	<0,001	1,10 [0,70–1,74]	0,668
Társas integráció	0,86 [0,67–1,09]	0,212	0,78 [0,51–1,21]	0,273
Általános jóllét	0,90 [0,84–0,96]	0,002	1,11 [0,97–1,28]	0,134
Impulzivitás	1,09 [1,05–1,14]	<0,001	1,20 [1,09–1,32]	<0,001
Szenzoros élménykeresés	1,06 [1,03–1,10]	<0,001	1,01 [0,94–1,07]	0,855

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések az evészavarok rizikójával[4]		Többváltozós modell az evészavarok rizikójának előrejelzésére[5]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Rumináció	1,16 [1,12–1,20]	<0,001	1,10 [1,01–1,19]	0,022
Aggodalmaskodás	1,31 [1,23–1,39]	<0,001	1,16 [1,00–1,34]	0,047
Testi tünetek	5,26 [3,40–8,12]	<0,001	1,41 [0,55–3,63]	0,417
Mentalizáció: bizonyosság	0,54 [0,42–0,68]	<0,001	1,48 [0,83–2,62]	0,183
Mentalizáció: bizonytalanság	2,90 [1,87–4,50]	<0,001	1,53 [0,64–3,63]	0,335

Megjegyzések. OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%-os konfidencia-intervallummal.
ref.: referencia kategória az adott változó tekintetében.
A többváltozós modellben szignifikáns (p<0,050) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.
* A prediktor-változót nem tartalmazza a többváltozós modell, mivel azon nagyszámú hiányzó adat található.

3. AZ EVÉSZAVAROK ELTERJEDTSÉGÉNEK VÁLTOZÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

Mivel az evészavarok mérésére alkalmazott SCOFF Kérdőív felhasználásra került az OLAAP 2015-ös adatfelvétele során is, ezért – habár csak korlátozott mértétékben, de – lehetőség nyílik az evészavarok jelenlétére vonatkozó rizikó előfordulási gyakoriságának időbeli mintázatainak vizsgálatára. Szignifikáns kapcsolat mutatkozott elenyésző hatásméret mellett az adatfelvételi év és az evészavarok rizikója között. Habár az evészavarok jelenlétére vonatkozó rizikó gyakrabban fordult elő a 2015-ös adatfelvételi év mintájában, a két mintában megfigyelt prevalencia-értékek 95%-os megbízhatósági szinten számolt konfidencia-intervallumai részben átfednek egymással, így a magyarországi felnőtt népesség körében a két vizsgálati év közötti négy évben az evészavaroknak csak tendenciajellegű csökkenéséről beszélhetünk (6. táblázat).

6. táblázat: Az evészavarokra vonatkozó rizikó elterjedtségének összehasonlítása az OLAAP 2015-ös és 2019-es adatfelvétele között (a magyarországi 18–64 éves népesség körében, a válaszolók százalékában)

	OLAAP 2015-ös adatfelvétele			OLAAP 2019-es adatfelvétele			χ^2 (df)	p	φ
	N	%	CI	N	%	CI			
Evészavarok rizikójának jelenléte	1255	9,4	±1,6	1273	7,2	±1,4	4,23 (1)	0,040	0,04

Megjegyzések: N: válaszolók száma; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan;
φ: Phi korrelációs hatásméret-mutató.

4. A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT LAKOSSÁG EVÉSZAVARAI NEMZETKÖZI KONTEXTUSBAN

Az OLAAP 2019-es kutatásban az evészavarok rizikójának jelenlétére a 18–64 éves népesség körében mért prevalencia-érték (7,2%) megfelel a korábbi kutatási eredményeknek, melyek reprezentatív, felnőtt mintán alkalmazták a SCOFF Kérdőívet az evészavarok rizikója elterjedtségének becslésére. E tanulmányok korábban angol mintákon 6%-os (16 évnél idősebb résztvevők körében; McBride et al., 2013) és 10%-os (16–90 év közötti résztvevők körében; Solmi et al., 2014), ill. német mintán 10%-os (14–95 év közötti résztvevők körében; Richter et al., 2017) prevalencia-mutatókról számoltak be az evészavarok rizikójára. Utóbbi eredményekkel való összehasonlítás során érdemes figyelembe venni azt, hogy a hivatkozott tanulmányok mintáiban a felső korhatár jóval magasabb volt, mint az OLAAP 2019-es kutatásában, amely magyarázhatja a magasabb prevalencia-értékeket, hiszen a magyarországi felnőtt lakosság esetében is az evészavarok rizikójának magasabb elterjedtsége volt látható az idősebb korosztályban a SCOFF alapján. Az evészavarok előfordulásának időbeli trendjeit vizsgáló kutatások eredményei inkonzisztens időbeli változásmintázatokról számoltak be. Például egyes kutatások az AN vagy a falásroham (binge eating) előfordulása mentén növekedésről, más kutatások viszont a BN tekintetében az előfordulási gyakoriság csökkenéséről vagy stabilitásáról számoltak be (Martínez-González et al., 2020; Mitchison et al., 2017; Reas & Rø, 2018; Steinhausen & Jensen, 2015).

Azon változók, melyek szignifikánsnak bizonyultak az evészavarok rizikójának magyarázatára létrehozott páronkénti kapcsolatokat vizsgáló és többváltozós modellekben is, nagyrészt összhangban vannak a nemzetközi szakirodalmi eredményekkel. Az evészavarok epidemiológiáját vizsgáló összefoglaló tanulmányok alapján a női nem egyértelmű rizikótényezőnek tekinthető az evészavarok előfordulása tekintetében, mivel a nők körében nagyobb arányban fordulnak elő a különböző evészavartípusok (Mitchison & Hay, 2014; Wade et al., 2011). A BMI és az evészavarok rizikója között megfigyelt szignifikáns, pozitív kapcsolat megfeleltethető azon korábbi kutatási eredményeknek, melyek szerint a falásrohamokkal jellemezhető evészavartípusokat (pl. falásroham-zavar, BN) mutató személyek körében nagyobb a túlsúly vagy az elhízás esélye (Marcus & Wildes, 2014; McCuen-Wurst et al., 2018). A családban előforduló rizikóviselkedések ugyanakkor nem minden esetben mutatnak egyértelmű kapcsolatot az evészavarok előfordulásával a meglévő szakirodalmi adatok alapján. Például a szülők körében előforduló különböző pszichiátriai zavarok és a gyermekeik körében előforduló BN között szignifikáns és pozitív kapcsolat volt megfigyelhető, ugyanakkor a szülői szer-

használati zavarok és a gyermekeik körében előforduló különböző evészavarok (AN, BN, nem meghatározott evészavar) között több esetben nem volt látható szignifikáns összefüggés (Grogan et al., 2020; Larsen et al., 2017). Az AN tekintetében szintén számos rizikótényező mentén (szülői szerhasználat, pszichiátriai zavarok jelenléte) nem volt azonosítható szignifikáns összefüggés, vagy negatív kapcsolat mutatkozott, pl. a gyermekkorban jelen lévő szülői kriminalitás felnőttkorban az AN jelenlétének alacsonyabb esélyével járt együtt (Larsen et al., 2017). A szakirodalmi eredmények alapján az impulzivitás rizikófaktort jelenthet az evészavarok kialakulására, egészséges kontrollszemélyekkel összehasonlítva, az evészavarokat mutatók magasabb szintű impulzivitással jellemezhetőek, illetve klinikai populáción belül pedig emelkedett tünetsúlyossággal járhat együtt, és befolyásolhatja a felépülés folyamatát (Bardone-Cone et al., 2016; Favaro et al., 2004; Waxman, 2009). Az evészavarok csoportján belül elsődlegesen a falásrohamokkal és purgálással jellemezhető zavartípusok mutatnak emelkedett impulzivitást, így például a BN, a falásroham-zavar vagy az AN falás/purgáló altípusa esetén lehet megfigyelhető az impulzivitás fokozott mértéke (Waxman, 2009). Az evészavarok és a rumináció kapcsolatának vonatkozásában is szignifikáns, pozitív összefüggésről számolnak be a nemzetközi szakirodalomban fellelhető eredmények, így például az evészavarok nagyobb fokú tünetsúlyossága a rumináció magasabb szintjével járhat együtt, ill. a klinikai mértékű evészavarokkal jellemezhető csoportok szignifikánsan magasabb mértékű ruminációval jellemezhetőek olyan csoportokkal összevetve, akik nem mutatnak evészavarokat (Smith et al., 2018). Egyes elméleti elképzelések, így például az érzelmi kaszkádok modellje (emotional cascade model), kiemelik a rumináció lehetséges oksági szerepét egyes impulzív, evészavarokkal kapcsolatos tünetek (pl. falásroham, purgálás) vonatkozásában (Selby et al., 2016). A ruminációhoz hasonlóan az aggodalmaskodás is egy repetitív kognitív stratégiának tekinthető, mely szintén pozitív összefüggést mutat az evészavarokkal a nemzetközi szakirodalmi adatok alapján (Sala & Levinson, 2016; Sassaroli et al., 2005). A korábbi eredmények szerint úgy tűnik, hogy az aggodalmaskodás az evészavarok kategóriáján belül szorosabb kapcsolatot mutat az AN-nel összefüggő jellemzőkkel, így például előre jelezheti a karcsúság iránti vágyat longitudinálisan, ami akár felhívhatja a restriktív viselkedések szorongásszabályozó szerepére a figyelmet (Sala & Levinson, 2016). A bemutatott nemzetközi eredmények vonatkozásában ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a kutatás során alkalmazott SCOFF Kérdőív nem teszi lehetővé az evészavarok különböző típusainak differenciált mérését, ill. a kérdőív csupán az AN és BN központi tüneteire kérdez rá, ezáltal csak az evészavarok jelenlétére vonatkozó rizikó átfogó, nemspecifikus megállapítása lehetséges (Horváth et al., 2020).

FELHASZNÁLT IRODALOM

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Bardone-Cone, A. M., Butler, R. M., Balk, M. R. & Koller, K. A. (2016). Dimensions of impulsivity in relation to eating disorder recovery: Impulsivity and Recovery. *International Journal of Eating Disorders, 49*(11), 1027–1031. https://doi.org/10.1002/eat.22579

Favaro, A., Zanetti, T., Tenconi, E., Degortes, D., Ronzan, A., Veronese, A. & Santonastaso, P. (2004). The relationship between temperament and impulsive behaviors in eating disordered subjects. *Eating Disorders, 13*(1), 61–70. https://doi.org/10.1080/10640260590893647

Grogan, K., MacGarry, D., Bramham, J., Scriven, M., Maher, C. & Fitzgerald, A. (2020). Family-related non-abuse adverse life experiences occurring for adults diagnosed with eating disorders: A systematic review. *Journal of Eating Disorders, 8*(1), 36. https://doi.org/10.1186/s40337-020-00311-6

Horváth, Z., Román, N., Elekes, Z., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z. & Urbán, R. (2020). Alcohol consumption and risk for feeding and eating disorders in adolescence: The mediating role of drinking motives. *Addictive Behaviors, 107,* 106431. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106431

Larsen, J. T., Munk-Olsen, T., Bulik, C. M., Thornton, L. M., Koch, S. V., Mortensen, P. B. & Petersen, L. (2017). Early childhood adversities and risk of eating disorders in women: A Danish register-based cohort study. *International Journal of Eating Disorders, 50*(12), 1404–1412. https://doi.org/10.1002/eat.22798

Marcus, M. D. & Wildes, J. E. (2014). Disordered eating in obese individuals. *Current Opinion in Psychiatry, 27*(6), 443–447. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000103

Martínez-González, L., Fernández-Villa, T., Molina, A. J., Delgado-Rodríguez, M. & Martín, V. (2020). Incidence of Anorexia Nervosa in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(11), 3824. https://doi.org/10.3390/ijerph17113824

McBride, O., McManus, S., Thompson, J., Palmer, R. L. & Brugha, T. (2013). Profiling disordered eating patterns and body mass index (BMI) in the English general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*(5), 783–793. https://doi.org/10.1007/s00127-012-0613-7

McCuen-Wurst, C., Ruggieri, M. & Allison, K. C. (2018). Disordered eating and obesity: Associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities: Disordered eating and obesity. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1411*(1), 96–105. https://doi.org/10.1111/nyas.13467

Mitchison, D., Touyz, S., González-Chica, D. A., Stocks, N. & Hay, P. (2017). How abnormal is binge eating? 18–Year time trends in population prevalence and burden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *136*(2), 147–155. https://doi.org/10.1111/acps.12735

Mitchison, D. & Hay, P. J. (2014). The epidemiology of eating disorders: Genetic, environmental, and societal factors. *Clinical Epidemiology*, *6*, 89–97. https://doi.org/10.2147/CLEP.S40841

Morgan, J. F., Reid, F. & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, *319*(7223), 1467–1468. https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467

Reas, D. L. & Rø, Ø. (2018). Time trends in healthcare-detected incidence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in the Norwegian National Patient Register (2010–2016). *International Journal of Eating Disorders*, *51*(10), 1144–1152. https://doi.org/10.1002/eat.22949

Richter, F., Strauss, B., Braehler, E., Adametz, L. & Berger, U. (2017). Screening disordered eating in a representative sample of the German population: Usefulness and psychometric properties of the German SCOFF questionnaire. *Eating Behaviors*, *25*, 81–88. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.06.022

Sala, M. & Levinson, C. A. (2016). The longitudinal relationship between worry and disordered eating: Is worry a precursor or consequence of disordered eating? *Eating Behaviors*, *23*, 28–32. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.07.012

Sassaroli, S., Bertelli, S., Decoppi, M., Crosina, M., Milos, G. & Ruggiero, G. M. (2005). Worry and eating disorders: A psychopathological association. *Eating Behaviors*, *6*(4), 301–307. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.05.001

Selby, E. A., Kranzler, A., Panza, E. & Fehling, K. B. (2016). Bidirectional-Compounding Effects of Rumination and Negative Emotion in Predicting Impulsive Behavior: Implications for Emotional Cascades: Bidirectional-Compounding Rumination. *Journal of Personality*, *84*(2), 139–153. https://doi.org/10.1111/jopy.12147

Smith, K. E., Mason, T. B. & Lavender, J. M. (2018). Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *61*, 9–23. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.004

Solmi, F., Hatch, S. L., Hotopf, M., Treasure, J. & Micali, N. (2014). Prevalence and correlates of disordered eating in a general population sample: The South East London Community Health (SELCoH) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*(8), 1335–1346. https://doi.org/10.1007/s00127-014-0822-3

Steinhausen, H.-C. & Jensen, C. M. (2015). Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a danish nationwide psychiatric registry study: time trends in incidence rates of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *48*(7), 845–850. https://doi.org/10.1002/eat.22402

Wade, T. D., Keski-Rahkonen, A. & Hudson, J. I. (2011). Epidemiology of Eating Disorders. In M. T. Tsuang, M. Tohen & P. B. Jones (eds.), *Textbook of Psychiatric Epidemiology.* (pp. 343–360.) John Wiley & Sons Ltd. https://doi.org/10.1002/9780470976739.ch20

Waxman, S. E. (2009). A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, *17*(6), 408–425. https://doi.org/10.1002/erv.952

Horváth Zsolt – Demetrovics Zsolt – Paksi Borbála

KÉNYSZERES VÁSÁRLÁS

1. A KÉNYSZERES VÁSÁRLÁS ELTERJEDTSÉGE

Az OLAAP 2019-es és a BLS 2019-es kutatása során a kényszeres vásárlás mérése a hattételes Richmond Kompulzív Vásárlás Skála (Richmond Compulsive Buying Scale, RCBS) használatával történt (Maraz et al., 2015; Ridgway et al., 2008). A skálán elért összpontszám alapján lehetőség nyílt a kényszeres vásárlás rizikója hiányának (a skálán elért 6–24 pont közötti összpontszám esetén) és jelenlétének megállapítása (a skálán elért 25 pont vagy afölötti összpontszám esetén). A RCBS felvétele a kedvtelésből történő vásárlás gyakoriságára vonatkozó szűrőkérdés alapján történt, így csak azon válaszadók töltötték ki, akik az elmúlt évben legalább havonta vásároltak kedvtelésből.

1.1. A kényszeres vásárlás elterjedtsége a felnőtt lakosság körében

Az OLAAP 2019-es adatfelvétele alapján a magyarországi 18–64 éves népesség 1,6%-a (±0,7) esetében valószínűsíthető a kényszeres vásárlás rizikójának jelenléte. A népesség másik 8,8%-a (±1,5) – bár vásárolt kedvtelésből a kutatást megelőző évben legalább havi rendszerességgel –, nem volt rájuk jellemző a kényszeres vásárlás rizikója, tehát ők rizikómentes vásárlóknak tekinthetők, míg a lakosság túlnyomó többsége (89,5% ±1,6) ritkábban vásárolt kedvtelésből, mint havonta. Szignifikáns, gyenge hatásméretű összefüggés látható a nem és a kényszeres vásárlás kategóriák között ($\chi^2(2)=20,05$; $p<0,001$; $V=0,12$). A nőkre összességében nagyobb arányban jellemző, hogy legalább havi rendszerességgel vásárolnak kedvtelésből, ill. a rizikómentes vásárlás kategóriája is gyakrabban fordul elő a nők körében (1. táblázat).

A legalább havonta kedvtelésből vásárlók alcsoportját vizsgálva, megállapítható, hogy 84,3%-uk (±6,0) rizikómentes vásárlónak tekinthető, 15,7%-uk (±6,0) pedig a kényszeres vásárlás kockázatát mutatja. Azok között, akik legalább havonta vásárolnak kedvtelésből, nemek szerint nem különbözik szignifikánsan a rizikómentes és a kényszeres vásárlás rizikójával jellemezhető vásárlók aránya ($\chi^2(1)=0,67$; $p=0,413$; $\varphi=0,07$).

1. táblázat: A kényszeres vásárlás rizikójának előfordulása nemek szerint és összesen a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Kedvtelésből vásárlás ritkábban, mint havonta	630	93,5	721	86,1	<0,001	1351	89,5	±1,6
Rizikómentes vásárlás		5,2		11,9			8,8	±1,5
Kényszeres vásárlás kockázatának jelenléte		1,3		1,9			1,6	±0,7

Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.

1.2. A kényszeres vásárlás elterjedtsége a budapesti fiatal felnőttek körében

A BLS 2019-es kutatásának eredményei alapján a budapesti 18–34 éves felnőttek kb. négyötöde nem vásárolt kedvtelésből a kutatást megelőző évben legalább havi rendszerességgel (80,4% ±1,3), 15,76%-uk (±1,2) vásárolt legalább havi rendszerességgel, de esetükben nem valószínűsíthető a kényszeres vásárlás rizikója (rizikómentes vásárlók), míg a budapesti fiatal felnőtt lakosság 3,9%-ára (±0,6) jellemző a jelenléte. A nemi különbségeket vizsgálva szignifikáns és kis hatásméretű különbség figyelhető meg a budapesti fiatal felnőtt férfiak és a nők között ($\chi^2(2)=139,50$; $p<0,001$; $V=0,19$). Míg a férfiakra nagyobb arányban jellemző, hogy nem vásárolnak kedvtelésből legalább havi rendszerességgel, addig nők körében a rendszeres kedvtelésből történő vásárlás rizikómentes és kockázatos jelenléte is gyakrabban fordul elő (2. táblázat).

A legalább havi rendszerességgel kedvtelésből vásárló budapesti fiatal felnőttek 80,3%-a (±2,8) rizikómentes vásárló, míg 19,7%-uk (±2,8) esetében valószínűsíthető a kényszeres vásárlás kockázata. A legalább havi rendszerességgel kedvtelésből vásárlókon belül nemek szerint nem látható szignifikáns különbség a rizikómentes vásárlók és a kényszeres vásárlás kockázatát mutatók arányában ($\chi^2(1)=0,157$; $p=0,692$; $\varphi=0,01$).

A felnőtt lakosság körében országosan mért elterjedtségi mutatókkal összevetve megállapítható, hogy a budapesti fiatal felnőttek körében összességében gyakrabban fordul elő a legalább havi rendszerességgel kedvtelésből történő vásárlás, ill. a kedvtelésből rendszeresen, de rizikómentesen vásárlók és a kényszeres vásárlás rizikóját mutatók aránya is magasabb a budapesti fiatal felnőttek körében. A kedvtelésből rendszeresen vásárló budapesti fiatal felnőttek körében kapott prevalencia-értékek ugyanakkor hibahatáron belül megegyeznek a magyarországi 18–64 éves felnőtt lakosság körében mért arányokkal.

2. táblázat: A kényszeres vásárlás rizikójának előfordulása nemek szerint és összesen a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság körében (a BLS 2019 adatfelvétel alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Kedvtelésből vásárlás ritkábban, mint havonta	1849	88,2	1977	73,0	<0,001	3827	80,4	±1,3
Rizikómentes vásárlás		9,6		21,6			15,8	±1,2
Kényszeres vásárlás kockázatának jelenléte		2,2		5,4			3,9	±0,6

Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.

2. A KÉNYSZERES VÁSÁRLÁS SZOCIODEMOGRÁFIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI MINTÁZÓDÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

A 18–64 éves országos népesség körében a kényszeres vásárlás mintázódását leíró-statisztikai eszközökkel a főbb szociodemográfiai jellemzők – életkor, urbanizációs és kulturális státusz – mentén vizsgáltuk. A korcsoportok tekintetében szignifikáns és közepesen erős kapcsolat volt megfigyelhető a kényszeres vásárlás kategóriáival: a legalább havi rendszerességgel kedvtelésből vásárlók összesített aránya, ill. ezen belül a rizikómentes vásárlók a fiatalabb életkori csoportok felé haladva egyre nagyobb elterjedtséget mutattak (azaz a kedvtelésből csak ritkábban, mint havonta vásárlók leginkább az 55–64 éves, legkevésbé pedig a 18–24 éves korosztályban fordulnak elő, míg azok aránya, akik kedvtelésből legalább havi rendszerességgel, de rizikómentesen vásárolnak a 18–24 éves korosztályban a legmagasabb, és az 55–64 éves korosztályban a legalacsonyabb) (3. táblázat). Ugyanakkor fontos kiemelni, hogy a kényszeres vásárlás rizikójának jelenléte tekintetében nem mutatkozik hibahatáron túli eltérés a különböző életkori csoportok között. Az életkor folytonos (nem kategoriális) változója esetén is szignifikáns, gyenge kapcsolat mutatkozott a kényszeres vásárlás kategóriáival (4. táblázat). A csoportok páronkénti összehasonlításából láthatóvá válik, hogy szignifikánsan magasabb átlagéletkorral jellemezhetőek azok, akik nem vásárolnak kedvtelésből legalább havi rendszereséggel, összehasonlítva a kedvtelésből rendszeresen, de rizikómentesen vásárlók csoportjával (p<0,001). Ebben az esetben is fontos azonban megjegyezni, hogy a kényszeres vásárlás rizikóját mutató csoport átlagéletkora nem különbözik szignifikánsan a kedvtelésből rendszeresen nem vásárlókétól és a rizikómentes vásárlókétól. A várható iskolai végzettség tekintetében szintén szignifikáns és közepes erősségű összefüggés látható a kényszeres

vásárlási kategóriákkal (3. táblázat). A magasabb iskolai végzettségű kategóriák felé haladva összességében gyakoribb a legalább havi rendszerességgel kedvtelésből vásárlók, illetve a kedvtelésből rendszeresen, de rizikómentesen vásárlók aránya. Akik kedvtelésből ritkábban, mint havonta vásárolnak, leggyakrabban a 8 általánossal rendelkezők vagy annál alacsonyabb végzettségűek körében fordulnak elő, legritkábban pedig a legalább felsőfokú végzettséggel rendelkezők körében. A kényszeres vásárlás rizikójának jelenléte és a kedvtelésből rendszeresen, de rizikómentesen vásárlók aránya pedig a legalább felsőfokú végzettséggel rendelkezők körében a legmagasabb. A településméret és a kényszeres vásárlási kategóriák között nem volt azonosítható szignifikáns kapcsolat (3. táblázat).

3. táblázat: A kényszeres vásárlás mintázódása a főbb szociodemográfiai tényezők mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	N	Kedvtelésből vásárlás ritkábban, mint havonta %	Rizikómentes vásárlás %	Kényszeres vásárlás rizikójának jelenléte %	χ^2 (df)	p	V
Korcsoport							
18–24	152	82,2	15,8	2,0			
25–34	273	86,8	11,7	1,5			
35–44	346	87,9	10,4	1,7	28,11 (8)	<0,001	0,10
45–54	303	91,4	6,6	2,0			
55–64	277	96,0	2,9	1,1			
Településméret							
<50 000	890	90,7	7,6	1,7			
≥50 000	242	87,6	11,2	1,2	4,65 (4)	0,326	0,04
Budapest	220	87,3	10,9	1,8			
Várható legmagasabb iskolai végzettség							
8 általános vagy kevesebb	161	95,0	3,7	1,2			
szakmunkás	474	93,3	5,9	0,8	30,22 (6)	<0,001	0,11
érettségi	463	87,3	11,5	1,3			
felsőfok / egyetem utáni képzés	254	83,5	12,6	3,9			

Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V hatásméret-mutató.
A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre

4. táblázat: A kényszeres vásárlás rizikókategóriáinak összehasonlítása az életkor mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Kedvtelésből vásárlás ritkábban, mint havonta			Rizikómentes vásárlás			Kényszeres vásárlás rizikójának jelenléte			F	p	η^2
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD			
Életkor	1209	42,47	13,10	119	36,38	11,47	22	40,96	12,78	12,04	<0,001	0,02

Megjegyzések: N: válaszolók száma; M: átlag; SD: szórás; F: egyszempontos ANOVA-teszt statisztikája; p: szignifikancia-érték az F-statisztikához kapcsolódóan; η^2: Eta-négyzet hatásméret-mutató. A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.

A kényszeres vásárlási kategóriák és a szociodemográfiai és pszichológiai tényezők kapcsolatának további elemzése multinomiális logisztikus regressziós modellek keretében történt (5. táblázat). A modellek kimeneti változóját a kényszeres vásárlás háromértékű változója képezte, melyen belül a referenciakategóriát azok jelentették, akik nem vagy ritkábban, mint havonta vásároltak kedvtelésből. A magyarázó változók és a kényszeres vásárlás rizikókategóriáinak kapcsolatát egyrészt páronként, más változók hatását nem kontrollálva vizsgáltuk, másrészt egy többváltozós modell is létrehozásra került, amelybe a szociodemográfiai és pszichológiai magyarázó változók egyszerre kerültek beléptetésre ENTER-módszerrel. Jelen fejezetben szövegesen csak a többváltozós modell eredményeit mutatjuk be. A többváltozós multinomiális logisztikus regressziós modell a kényszeres vásárlási kategóriák magyarázatára szignifikánsan jobb előrejelzést nyújtott, mint a kiindulási, prediktor-változókat még nem tartalmazó modell ($\chi^2(54)=198,82$; $p<0,001$; Cox & Snell $R^2=0,21$; Nagelkerke $R^2=0,38$; McFadden $R^2=0,30$). A prediktor-változókat tartalmazó többváltozós modell a havi rendszerességgel kedvtelésből nem vásárlókat 98,8%-ban, a legalább havi rendszerességgel kedvtelésből rizikómentesen vásárlókat 21,8%-ban, míg a kényszeres vásárlás rizikójával jellemezhető válaszolókat 14,7%-ban csoportosította helyesen. A modell összességében 90,1%-os klasszifikációs teljesítményt mutatott.

Mint említettük, a kényszeres vásárlás rizikójával jellemezhetők csoportja esetében a modell besorolási pontossága meglehetősen alacsony, mindazonáltal segítségével a kényszeres vásárlás jelenlétének két szignifikáns prediktora azonosítható, a női nem és a családban előforduló rizikómagatartások száma (pl. dohányzás, alkoholhasználat, pszichiátriai kezelés). A nők – összehasonlítva a férfiakkal – 9,64-szer nagyobb eséllyel tartoznak a kényszeres vásárlás rizikójával jellemezhetők csoportjába. A családban előforduló rizikómagatartások

mentén tapasztalt egységnyi növekedés esetén pedig 2,49-szer nagyobb eséllyel volt jelen a kényszeres vásárlás rizikója.[1]

A nemi megoszlás – a kényszeres vásárlás rizikójának becslése mellett – szignifikáns szerepet kapott a kedvtelésből rendszeresen, de rizikómentesen vásárlók becslésében is. A nők – összehasonlítva a férfiakkal – 3,88-szor nagyobb eséllyel tartoznak kedvtelésből rendszeresen, de a kényszeres vásárlás rizikóját nem mutatók csoportjába. Emellett az életkor, a hátrányos anyagi helyzet, a vallásosság, az általános jóllét, az impulzivitás és a rumináció bizonyult szignifikáns prediktornak. Az általános jóllét,[2] az impulzivitás[3] és a rumináció[4] szignifikáns pozitív, az életkor, a hátrányos anyagi helyzet, a nem vallásos / ateista státusz (összehasonlítva a vallásos személyekkel) pedig szignifikáns negatív kapcsolatban állt a kedvtelésből való rizikómentes vásárlással.

1 Fontos megjegyezni, hogy a modellben a rizikócsoportba tartozók alacsony esetszáma (N=12) miatt a kategoriális prediktor-változók esélyhányados becslésében nagyfokú bizonytalanság látható (a nem esetében CI: 1,42–65,6), így ezen összefüggések értelmezése során nagy óvatossággal kell eljárnunk.

2 Általános jóllét: ha a személyre inkább volt jellemző, hogy aktívnak, frissnek, vidámnak és nyugodtnak érezte magát az elmúlt időszakban.

3 Impulzivitás: ha válaszolóra inkább jellemző a meggondolatlanság cselekedeteiben, a tervezés hiánya és a figyelem megtartásának hiánya.

4 Rumináció: ha a válaszoló inkább hajlamos negatív érzelmein, azok okain és következményein rágódni.

5. táblázat: Multinomiális logisztikus regressziós modellek: szociodemográfiai és pszichológiai tényezők kapcsolata a kényszeres vásárlási rizikókategóriákkal a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések[5]				Többváltozós modell[6]			
	Rizikómentes vásárlás		Kényszeres vásárlás rizikójának jelenléte		Rizikómentes vásárlás		Kényszeres vásárlás rizikójának jelenléte	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Női nem (ref.: férfi nem)	2,46 [1,62–3,73]	<0,001	1,74 [0,72–4,18]	0,217	3,88 [2,07–7,28]	<0,001	9,64 [1,42–65,64]	0,021
Életkor	0,96 [0,95–0,98]	<0,001	0,99 [0,96–1,02]	0,588	0,96 [0,94–0,99]	0,005	0,93 [0,84–1,02]	0,137
Településméret (ref.: 50 ezer fő alatti lakosságú település)								
legalább 50 ezer fős vidéki város	1,51 [0,95–2,42]	0,084	0,63 [0,17–2,39]	0,497	1,27 [0,63–2,58]	0,500	0,21 [0,02–2,51]	0,216
Budapest	1,51 [0,93–2,47]	0,097	1,14 [0,38–3,39]	0,816	1,14 [0,54–2,38]	0,732	0,19 [0,01–4,59]	0,304
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: 8 általános vagy kevesebb)*								
szakmunkás	1,70 [0,68–4,27]	0,255	0,77 [0,13–4,50]	0,769	1,05 [0,23–4,90]	0,950	0,50 [0,01–48,41]	0,767
érettségi	3,54 [1,46–8,56]	0,005	1,28 [0,24–6,82]	0,772	1,29 [0,28–5,95]	0,744	2,27 [0,03–177,27]	0,712
felsőfok/egyetem utáni képzés	4,04 [1,62–10,08]	0,003	4,13 [0,84–20,38]	0,082	1,45 [0,28–7,60]	0,661	12,01 [0,10–1378,72]	0,304

5 A páronkénti kapcsolatok tesztelése külön-külön elvégzett multinomiális logisztikus regressziós modellek keretében történt, melyben a kimeneti változók a kényszeres vásárlási rizikókategóriák voltak (referenciakategória = Kedvtelésből vásárlás ritkábban, mint havonta; kimeneti változók = (i) Rizikómentes vásárlás és (ii) Kényszeres vásárlás rizikójának jelenléte), míg a magyarázó változó az adott sorban megemlített változó volt.

6 Multinomiális logisztikus regressziós modell, melyben a kimeneti változók a kényszeres vásárlási rizikókategóriák voltak (referenciakategória = Kedvtelésből vásárlás ritkábban, mint havonta; kimeneti változók = (i) Rizikómentes vásárlás és (ii) Kényszeres vásárlás rizikójának jelenléte), míg magyarázó változóként az első oszlopban felsorolt változókat egyszerre tartalmazta a modell (N=863; 62,3%).

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések[5]				Többváltozós modell[6]			
	Rizikómentes vásárlás		Kényszeres vásárlás rizikójának jelenléte		Rizikómentes vásárlás		Kényszeres vásárlás rizikójának jelenléte	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzetség hiánya)	1,51 [0,86–2,65]	0,149	0,92 [0,30–2,83]	0,885	2,28 [0,83–6,31]	0,112	1,09 [0,05–22,60]	0,957
Intergenerációs képzettségi mobilitás (ref.: felfelé történő mobilitás)								
nincs mobilitás	1,00 [0,68–1,49]	0,988	0,23 [0,07–0,78]	0,019	1,55 [0,85–2,83]	0,154	0,07 [0,00–1,15]	0,062
lefelé történő mobilitás	2,05 [0,94–4,48]	0,071	1,80 [0,40–8,14]	0,446	2,45 [0,67–9,00]	0,178	1,92 [0,02–147,85]	0,769
Munkavégzéssel töltött idő (órák száma)	1,00 [0,99–1,01]	0,857	1,00 [0,98–1,02]	0,820	1,01 [0,99–1,02]	0,511	1,03 [0,97–1,09]	0,334
Háztartás havi nettó jövedelme (ref.: 255 ezer Ft vagy kevesebb)*								
256–380 ezer Ft	2,05 [1,19–3,54]	0,010	2,48 [0,46–13,30]	0,289	–		–	
381–400 ezer Ft	1,39 [0,67–2,87]	0,375	4,49 [0,81–24,93]	0,086	–		–	
400 ezer Ft felett	1,34 [0,64–2,81]	0,437	6,49 [1,29–32,71]	0,023	–		–	
Hátrányos anyagi helyzet	0,45 [0,35–0,58]	<0,001	0,40 [0,23–0,69]	0,001	0,42 [0,27–0,66]	<0,001	0,67 [0,22–2,05]	0,479
Háztartásméret	1,12 [0,97–1,29]	0,112	0,94 [0,66–1,32]	0,702	1,10 [0,87–1,39]	0,431	0,74 [0,34–1,62]	0,449
Együttélő kapcsolat hiánya (ref.: kapcsolat megléte)*	2,15 [1,40–3,31]	<0,001	1,86 [0,69–5,05]	0,221	–		–	
Családban előforduló kockázati magatartások száma	0,97 [0,85–1,12]	0,698	1,48 [1,24–1,77]	<0,001	1,06 [0,88–1,28]	0,552	2,49 [1,50–4,15]	<0,001
Vallásosság (ref.: Vallásos)								
nem vallásos / ateista	0,88 [0,58–1,31]	0,520	2,58 [0,93–7,17]	0,068	0,53 [0,28–0,99]	0,046	6,94 [0,91–52,79]	0,061

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések[5]				Többváltozós modell[6]			
	Rizikómentes vásárlás		Kényszeres vásárlás rizikójának jelenléte		Rizikómentes vásárlás		Kényszeres vásárlás rizikójának jelenléte	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
nem tudja	1,73 [0,88–3,38]	0,112	4,55 [1,06–19,53]	0,041	1,40 [0,57–3,45]	0,463	1,24 [0,07–21,12]	0,882
Anómia	0,95 [0,92–0,99]	0,007	1,02 [0,95–1,09]	0,632	1,02 [0,96–1,08]	0,556	1,05 [0,86–1,29]	0,644
Élettel való elégedettség (általános)	1,08 [0,88–1,33]	0,441	0,98 [0,63–1,53]	0,941	0,72 [0,49–1,07]	0,107	1,58 [0,52–4,75]	0,418
Társas integráció	1,57 [1,26–1,97]	<0,001	1,24 [0,76–2,04]	0,383	0,96 [0,67–1,38]	0,827	0,69 [0,22–2,17]	0,528
Általános jóllét	1,13 [1,05–1,21]	<0,001	1,03 [0,89–1,19]	0,729	1,23 [1,09–1,38]	0,001	1,13 [0,78–1,62]	0,522
Impulzivitás	1,06 [1,02–1,10]	0,004	1,13 [1,04–1,23]	0,003	1,10 [1,02–1,18]	0,019	1,09 [0,86–1,38]	0,462
Szenzoros élménykeresés	1,09 [1,05–1,12]	<0,001	1,13 [1,06–1,20]	<0,001	1,04 [0,98–1,10]	0,202	1,16 [0,98–1,37]	0,082
Rumináció	1,08 [1,05–1,12]	<0,001	1,14 [1,07–1,22]	<0,001	1,14 [1,07–1,22]	<0,001	1,03 [0,85–1,25]	0,742
Aggodalmaskodás	1,03 [0,96–1,09]	0,429	1,20 [1,07–1,36]	0,002	0,98 [0,86–1,11]	0,697	1,14 [0,84–1,56]	0,389
Testi tünetek	1,32 [0,79–2,22]	0,284	2,43 [0,97–6,06]	0,057	0,73 [0,31–1,73]	0,481	0,58 [0,03–10,62]	0,715
Mentalizáció: bizonyosság	0,86 [0,71–1,06]	0,153	0,51 [0,32–0,82]	0,005	1,39 [0,90–2,16]	0,141	2,37 [0,60–9,35]	0,217
Mentalizáció: bizonytalanság	1,40 [0,86–2,27]	0,175	5,14 [2,65–9,97]	<0,001	1,06 [0,46–2,41]	0,895	2,66 [0,36–19,65]	0,338

Megjegyzések. OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%–os konfidencia-intervallummal.
ref.: referenciakategória az adott változó tekintetében.
A többváltozós modellben szignifikáns ($p<0,050$) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.
* A prediktor–változót nem tartalmazza a többváltozós modell, mivel azon nagyszámú hiányzó adat található.

3. A KÉNYSZERES VÁSÁRLÁS ELTERJEDTSÉGÉNEK VÁLTOZÁSA FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

Annak köszönhetően, hogy az OLAAP 2015-ös és 2019-es adatfelvétel során is a Richmond Kompulzív Vásárlás Skálával történt a kényszeres vásárlás rizikójának a mérése, limitáltan lehetővé vált a kényszeres vásárlásra vonatkozó rizikó időbeli mintázatának vizsgálata a két adatfelvétel között. Szignifikáns és kis hatásméretű különbség mutatkozott a 2015-ös és 2019-es adatfelvétel között a kényszeres vásárlási kategóriák megoszlása tekintetében. 2019-ben szignifikánsan magasabb arányban számolt be a magyarországi felnőtt lakosság összességében arról, hogy az elmúlt évben legalább havi rendszerességgel vásárolt kedvtelésből, ill. ezen csoporton belül is a rizikómentes vásárlással és a kényszeres vásárlás rizikójával jellemezhető csoportok elterjedtsége magasabb volt a felnőtt lakosságban, összehasonlítva az OLAAP 2015-ös adatfelvétele során tapasztaltakkal (6. táblázat).

6. táblázat: A kényszeres vásárlásra vonatkozó rizikó elterjedtségének összehasonlítása az OLAAP 2015-ös és 2019-es adatfelvétele között (a magyarországi 18–64 éves népesség körében, a válaszolók százalékában)

	OLAAP 2015-ös adatfelvétele			OLAAP 2019-es adatfelvétele			χ^2 (df)	p	V
	N	%	CI	N	%	CI			
Kedvtelésből vásárlás ritkábban, mint havonta	1374	98,2	±0,7	1351	89,6	±1,6	88,53 (2)	<0,001	0,18
Rizikómentes vásárlás		1,6	±0,7		8,8	±1,5			
Kényszeres vásárlás kockázatának jelenléte		0,2	±0,3		1,6	±0,7			

Megjegyzések: N: válaszolók száma; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan;
V: Cramer-féle V hatásméret-mutató.

4. A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT LAKOSSÁG KÉNYSZERES VÁSÁRLÁS JELLEMZŐI NEMZETKÖZI KONTEXTUSBAN

Az OLAAP 2019-es vizsgálata alapján becsült, a kényszeres vásárlás rizikójára vonatkozó prevalencia-érték a magyarországi felnőtt lakosság körében (1,6% ±0,7) alacsonyabbnak mondható más felnőtt, reprezentatív mintákat alkalmazó kutatásokban született eredményekkel összevetve. Maráz Anikó és munkatársai metaanalízisükben a felnőtt, reprezentatív mintákat vizsgáló tanulmányok kö-

rében összességében 4,9%-os (3,4–6,9% közötti tartományban) prevalencia-értéket azonosítottak a kényszeres vásárlás tekintetében (Maraz et al., 2016). Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy ezek a vizsgálatok nem az OLAAP 2019 vizsgálatban alkalmazott RCBS-kérdőívet használták a kényszeres vásárlási rizikó jelenlétének becslésére, így a hazai prevalencia-adatok nemzetközi kontextusba helyezése meglehetősen korlátozott az eltérő mérőeszköz alkalmazása miatt.

Az OLAAP 2019 kutatásban a kényszeres vásárlás rizikójának magyarázatára létrehozott többváltozós modellben a női nem, valamint a családban előforduló rizikómagatartások (pl. dohányzás, szerhasználat, pszichiátriai kezelés) magasabb száma bizonyult szignifikáns prediktornak, mindkét esetben pozitív irányultsággal. A Maráz és munkatársai által áttekintett tanulmányok szintén kiemelik a női nem szerepét a kényszeres vásárlás rizikójának tekintetében (Maraz et al., 2016). A kutatásunkban a családban előforduló rizikómagatartások és a kényszeres vásárlás rizikója között mutatkozó szignifikáns, pozitív összefüggés szintén megfelel azon szakirodalmi eredményeknek, melyek arról számoltak be, hogy a kényszeres vásárlás rizikóját mutató személyek családtagjai körében gyakrabban fordulnak elő alkohol- és droghasználati zavarok, ill. pszichiátriai zavarok is (pl. depresszió, szorongás) (Black, 2007; Black et al., 1998).

FELHASZNÁLT IRODALOM

Black, D. W. (2007). Compulsive Buying Disorder: *A Review of the Evidence. CNS Spectrums, 12*(2), 124–132. https://doi.org/10.1017/S1092852900020630

Black, D. W., Repertinger, S., Gaffney, G. R. & Gabel, J. (1998). Family History and Psychiatric Comorbidity in Persons With Compulsive Buying: Preliminary Findings. *American Journal of Psychiatry, 155*(7), 960–963. https://doi.org/10.1176/ajp.155.7.960

Maraz, A., Eisinger, A., Hende, B., Urbán, R., Paksi, B., Kun, B., Kökönyei, G., Griffiths, M. D. & Demetrovics, Zs. (2015). Measuring compulsive buying behaviour: Psychometric validity of three different scales and prevalence in the general population and in shopping centres. *Psychiatry Research, 225*(3), 326–334. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.080

Maraz, A., Griffiths, M. D. & Demetrovics, Zs. (2016). The prevalence of compulsive buying: A meta-analysis: Prevalence of compulsive buying. *Addiction, 111*(3), 408–419. https://doi.org/10.1111/add.13223

Ridgway, N. M., Kukar-Kinney, M. & Monroe, K. B. (2008). An Expanded Conceptualization and a New Measure of Compulsive Buying. *Journal of Consumer Research, 35*(4), 622–639. https://doi.org/10.1086/591108

Kun Bernadette – Paksi Borbála

MUNKAFÜGGŐSÉG

1. A MUNKAFÜGGŐSÉG ELTERJEDTSÉGE

A munkafüggőség kockázatának mérése az OLAAP és a BLS kutatásban is a Bergen Munkafüggőség Skálával (BWAS; Andreassen et al., 2012; Orosz et al., 2016; Kun, Urbán et al., 2021) történt. A kérdőív a munkafüggőséggel kapcsolatos tüneteket, problémákat méri (pl. megvonási tünetek, konfliktusok a családtagokkal, illetve egészségügyi problémák a túlzott munkavégzés miatt). Azokat a személyeket tekinthetjük a munkafüggőség szempontjából kockázati csoportba tartozóknak, akik a 7 tétel közül legalább 4 tétel esetében az „inkább jellemző" vagy „nagyon jellemző" válaszokat adják. A munkafüggőség rizikóját mérő kérdéseket mindkét kutatásban – egy, az aktuális munkavégzésre vonatkozó – szűrőkérdés előzte meg. A BWAS kérdőívet csak azokkal vettük fel, akik az elmúlt évben egy átlagos héten minimum 40 órát dolgoztak. Az ennél kevesebbet dolgozók körében a munkafüggőség kialakulásának nem volt reális alapja.

1.1. Az munkafüggőség elterjedtsége a felnőtt lakosság körében

Az OLAAP 2019 vizsgálat alapján a Magyarország 18–64 éves népesség közel háromnegyede (72,1%-a) nyilatkozott úgy, miszerint az elmúlt évben egy átlagos héten minimum 40 órát dolgozott. Mintánkban összesen 68 fő érte el a határértéket a munkafüggőséget mérő kérdőíven, azaz a 18–64 éves felnőtt lakosság 5,1%-a (±1,2) veszélyeztetett munkafüggőség szempontjából. Az adatfelvétel időszakában aktuálisan munkavégzők (N=973) körében ez pedig 7,0%-os (±1,6) előfordulást jelent.

A két nemet összehasonlítva csupán tendenciaszinten találtunk eltérést a munkafüggőség rizikójának megjelenésében: eszerint a férfiak körében tendenciaszinten magasabb a munkafüggőség kockázatának megjelenése ($\chi^2(1)=3{,}10$; $p=0{,}078$; $\varphi=-0{,}05$) (1. táblázat).

1. táblázat: Az munkafüggőség rizikójának előfordulása nemek szerint és összesen a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
A munkafüggőség rizikójának jelenléte	622	6,3	702	4,1	0,078	1324	5,1	±1,2
Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.								

1.2. A munkafüggőség elterjedtsége a budapesti fiatal felnőttek körében

A BLS 2019-es vizsgálatának eredményei alapján – a felnőtt népesség körében országosan mért értékkel hibahatáron belül megegyező arányban – a budapesti fiatal felnőttek 3,9%-ára (± 0,6%) jellemző (N = 149) a munkafüggőség kockázata. Az adatfelvétel időszakában aktuálisan munkavégzők (N = 3103) körében hasonló arányban jelent meg a probléma, ami 4,8%-os (±0,8%) előfordulást jelent (N = 148). A 18–64 éves felnőtt lakosságra vonatkozó országos adatokkal ellentétben, a fővárosi fiatal felnőttek esetében a nők körében szignifikánsan gyakoribb a munkafüggőség kockázata ($\chi^2(2)=21{,}9$; $p<0{,}001$; $\varphi=0{,}08$) (2. táblázat).

2. táblázat: A munkafüggőség rizikójának előfordulása nemek szerint és összesen a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság körében (a BLS 2019 adatfelvétel alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
A munkafüggőség rizikójának jelenléte	1848	3,4	1984	4,4	< 0,001	3832	3,9	±0,6
Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: Khi-négyzet próbához kapcsolódó szignifikancia-érték; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.								

2. A MUNKAFÜGGŐSÉG SZOCIODEMOGRÁFIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI MINTÁZÓDÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

A 18–64 éves népesség körében a munkafüggőség kockázatának megjelenését leíró-statisztikai eszközökkel a főbb szociodemográfiai jellemzők, illetve a téma szempontjából lényeges jövedelemmel és munkavégzéssel kapcsolatos változók mentén elemeztük. Szignifikáns különbségeket találtunk több, a jövedelemmel, anyagi helyzettel kapcsolatos változó mentén. Eredményeink szerint a háztartás

nettó havi jövedelme szempontjából szignifikáns különbség mutatkozik a csoportok között: a havonta legalább 400 000 Ft-ot kereső személyek körében kétszer olyan gyakori a munkafüggőség kockázata, mint a teljes lakosságéban (3. táblázat). Legkevésbé a legkevesebbet keresők, illetve a havi 181 000 – 380 000 Ft között keresők érintettek. A háztartás relatív anyagi helyzete alapján is gyenge szignifikáns különbségeket kaptunk: az átlagnál jobb anyagi helyzetűeknél kb. kétszer olyan gyakran jelenik meg a munkafüggőség kockázata, mint a teljes lakosság esetében, ezzel szemben az átlagos vagy átlagnál rosszabb helyzetűeknél hasonló arányban tapasztaljuk a jelenség gyakoriságát, mint a teljes lakosság körében (3. táblázat). Az aktuális munkakört/beosztást tekintve közepes erősségű szignifikáns különbségek jelentek meg. A szellemi szabadfoglalkozásúak között, 26,1% a kockázati csoportba tartozók aránya, ezzel ellentétben a betanított munkások esetében mindössze 2,5% került a kockázati csoportba. Egyes munkakörök – kereskedő, alsó vezető, felső vezető, közvetlen termelésirányító és mezőgazdasági fizikai munkakör – esetében ugyan 0%-os előfordulásról beszélhetünk, ám hangsúlyoznunk kell, hogy ezen utóbbi csoportok esetében igen alacsony elemszámú csoportok kerültek az elemzésbe, így nagyon bizonytalan az egyes beosztáskategóriák kockázatainak megítélése. A vállalat/szervezet típusa szerint gyenge hatásméret melletti szignifikáns eredményt mutatott a khi-négyzet próba: eszerint a legkiugróbb mértékben a civil szervezeteknél dolgozó személyeket érinti a munkafüggőség, esetükben a válaszadók 33,3%-a került kockázati csoportba, ami az alacsony esetszám mellett is 95%-os biztonsággal hibahatáron túl magasabb, mint a teljes lakosság esetében kapott érték. A jelenlegi munkavégzés helyszíne kapcsán szintén szignifikáns eredményt kaptunk, ami alapján megállapítható, hogy akik nem egy helyen, a munkahelyen dolgoznak (tehát változó helyszínen, vagy csak otthon), azok körében nagyon alacsony hatásméret mellett, de átlag feletti a munkafüggőség kockázatának jelenléte.

Életkor tekintetében sem a kategoriális változóként használt életkori csoportok, sem pedig a folytonos életkori változó mentén nem kaptunk szignifikáns eltéréseket: egyik életkori csoportban sem gyakoribb a munkafüggőség kockázata (3. táblázat), illetve nem különbözik életkor tekintetében a kockázati és a nem kockázati csoport (4. táblázat). Hasonlóan nem jelentkezett szignifikáns különbség sem a településméret, sem a várható legmagasabb iskolai végzettség változók mentén az egyes csoportok között a munkafüggőség rizikójának megjelenésében. Ugyanez mondható el az együttélő partnerkapcsolatra vonatkozó változó (hiánya vagy megléte) tekintetében is (3. táblázat). A munkavégzés időszakát és rendszerességét illetően sem jelentkezett különbség azok között, akik nappal, szokásos időrendben dolgoznak, és azok között akik a szokásostól eltérő munkarendben dolgoznak (csak kora reggel / délelőtt, este vagy éjszaka,

több műszakban, 24/48-as munkarendben, csak hétvégén, változó vagy nem szabályozott munkarendben).

3. táblázat: A munkafüggőség elterjedtsége a különböző szociodemográfiai és munkavégzéssel kapcsolatos jellemzők mentén a magyarországi 18–64 éves népességben (válaszolók százalékában)

	Teljes N	%	χ^2 (df)	p	φ/V
Korcsoport					
18–24 évesek	153	2,6	8,183(4)	0,085	0,079
25–34 évesek	263	4,6			
35–44 évesek	342	6,7			
45–54 évesek	297	6,7			
55–64 évesek	269	3,0			
Településméret					
<50 000 lakos	865	5,7	4,394 (2)	0,111	0,058
≥50 000 lakos	240	5,8			
Budapest	219	2,3			
Várható legmagasabb iskolai végzettség					
8 általános vagy kevesebb	152	3,3	1,329(3)	0,722	0,032
szakmunkás	464	5,4			
érettségi	454	5,5			
felsőfok / egyetem utáni képzés	252	4,8			
Háztartás nettó havi jövedelme					
125 ezer Ft vagy kevesebb	36	0,0	12,931 (5)	0,024	0,125
126–180 ezer Ft	102	7,8			
181–255 ezer Ft	190	5,3			
256–380 ezer Ft	256	2,7			
381–400 ezer Ft	123	8,1			
400 ezer Ft felett	119	10,1			
A háztartás szubjektív anyagi helyzete					
kényelmesen megélnek	101	5,0	1,717 (3)	0,633	0,036
kijönnek a jövedelmükből	855	5,5			
nehezen élnek meg	284	4,6			
nagyon nehezen élnek meg	56	1,8			
A háztartás relatív anyagi helyzete a kérdezett percepciója alapján					
átlagnál jobb	258	10,5	18,386 (2)	<0,001	0,118
átlagos	841	4,0			
átlagnál rosszabb	212	3,3			
Jelenlegi munkaköre/beosztása					

	Teljes N	%	χ^2 (df)	p	φ/V
gazdálkodó (mg-ban)	15	6,7	27,101 (14)	0,019	0,156
iparos	20	5,0			
kereskedő	29	0,0			
egyéb szolgáltató	56	10,7			
szellemi szabadfoglalkozású	23	26,1			
felső vezető	8	0,0			
középvezető	19	5,3			
alsó vezető	14	0,0			
közvetlen termelésirányító	10	0,0			
diplomához kötött	88	6,8			
szellemi, diploma nélkül	184	7,6			
szakmunkás	433	6,0			
betanított munkás	159	2,5			
segédmunkás	46	6,5			
mezőgazdasági fizikai	9	0,0			
Vállalat/szervezet típusa, ahol jelenleg dolgozik					
kormányzati vagy önkormányzati	133	7,5	17,504 (4)	0,002	0,125
más közszféra	79	7,6			
állami vállalat	120	5,0			
magánvállalat	784	5,4			
civilszervezet	12	33,3			
Jelenlegi munka helyszíne					
egy helyen, a munkahelyén	886	5,1	6,219 (1)	0,013	0,074
változó helyszínen vagy otthon	246	9,3			
Jelenlegi munkahelyén a munkavégzés rendszeressége					
nappal, szokásos időben	846	5,6	2,440 (1)	0,118	0,047
szokásostól eltérő időrendben	241	8,3			
Együttélő kapcsolat megléte					
kapcsolat hiánya	232	4,7	0,455 (1)	0,500	0,020
együttélő kapcsolat megléte	900	5,9			

Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df) Khi-négyzet próba értéke, df: szabadságfok, p: Khi-négyzet próbához kapcsolódó szignifikancia-érték; φ: Khi-négyzet próbához kapcsolódó phi-mutató értéke. V: Cramer-féle V együttható (a 2-nél több változóértékkel rendelkező változók esetében) A szignifikáns kapcsolatot ($p<0,050$) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.

További szociodemográfiai, munkavégzéssel és elégedettséggel kapcsolatos változók esetében független mintás t-próbával hasonlítottuk össze egymással a munkafüggőség szempontjából kockázati, illetve nem kockázati csoportba tartozó személyeket (4. táblázat). Az elemzésünk szerint a munkafüggőség szempontjából magas kockázati csoportba tartozók ugyan szignifikánsan nagyobb

háztartásmérettel és alacsonyabb deprivációs indexszel jellemezhetők, azonban a hatásméret ezen tényezők esetében elhanyagolható. A munkavégzéssel töltött idő ugyanakkor – nem meglepő módon – kifejezetten erős kapcsolatot mutatott a kockázati csoportba tartozással. A munkával való elégedettség közepes erősségű, az anyagi körülményekkel való elégedettség pedig gyenge szignifikáns kapcsolatban áll a munkafüggőség kockázatával. Gyenge szignifikáns összefüggés azzal kapcsolatosan is megjelent, hogy a személy életében hány helyen dolgozott eddig. A családban előforduló kockázati magatartások számát, az anómia-pontszámot és a többi elégedettségi mutatót tekintve azonban nem mutatkozott szignifikáns különbség a két csoport között (4. táblázat).

4. táblázat: A munkafüggőség rizikókategóriáinak összehasonlítása folytonos szociodemográfiai, munkavégzéssel, illetve elégedettséggel kapcsolatos változók mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók %-ában)

Változó	Nincs jelen rizikó a munkafüggőségre			Munkafüggőségre vonatkozó rizikó jelenléte			t	p	d
	N	Átlag	Szórás	N	Átlag	Szórás			
Életkor	1254	41,80	13,19	68	42,8	10,30	–0,69	0,543	0,008
Háztartásméret	1253	2,91	1,26	68	3,25	1,34	–2,01	0,048	0,04
Családban előforduló kockázati magatartások/ devianciák száma	1148	1,64	1,50	59	1,64	1,58	–0,03	0,980	0,00
Anómia	1164	17,78	6,44	66	19,35	6,29	–1,97	0,053	0,25
Deprivációs index	1256	3,16	3,82	68	1,97	3,01	2,53	0,011	0,05
Munkavégzéssel töltött órák száma/hét	1241	29,84	18,89	67	44,84	8,21	–6,46	<0,001	1,03
Összesen hány munkahelyen dolgozott élete során	1062	3,19	2,93	62	3,99	4,57	–1,36	0,044	0,21
Elégedettség: munkájával	1119	3,64	1,12	62	4,13	0,80	–3,40	0,001	0,50
Elégedettség: anyagi körülményeivel	1184	3,32	1,05	62	3,72	0,88	–3,51	0,001	0,41
Elégedettség: családi kapcsolataival	1185	4,17	0,91	62	4,31	0,79	–1,34	0,185	0,16
Elégedettség: párkapcsolatával	1156	4,03	1,19	60	4,19	0,96	–1,23	0,221	0,15

Változó	Nincs jelen rizikó a munkafüggőségre			Munkafüggőségre vonatkozó rizikó jelenléte			t	p	d
	N	Átlag	Szórás	N	Átlag	Szórás			
Elégedettség: egyéb társas kapcsolataival	1180	3,95	0,90	62	4,12	0,84	–1,50	0,139	0,20
Elégedettség: egészségi állapotával	1183	4,02	0,94	62	4,17	0,82	–1,35	0,181	0,17
Megjegyzések: N: válaszolók száma; t: független mintás t-próba teszt statisztikája; p: szignifikancia-érték a független mintás t-próbához kapcsolódóan; d: Cohen-féle d hatásméret-mutató. A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.									

A két (kockázati vs. nem kockázati) csoportot független mintás t-próbával összehasonlítottuk a vizsgált pszichológiai skálák mentén is (5. táblázat). A szenzoros élménykeresés skálán elért összesített pontszám tekintetében gyenge szignifikáns különbséget kaptunk a két csoport között: a rizikócsoportba tartozó személyek magasabb szenzoros élménykereséssel jellemezhetők, emellett a gátolatlanság alskálán is magasabb pontszámot értek el. A rumináció vonatkozásában mind az összpontszám, mind pedig a két alskála mentén szignifikánsan magasabb pontot értek el a kockázati csoport tagjai: az összesített pontszámot illetően erős, a töprengés alskála esetén közepes, a tépelődés faktor esetében pedig gyenge hatásméret mellett jelentek meg a különbségek. Ugyanígy, a munkafüggőség szempontjából veszélyeztetett személyekről kiderült, hogy gyakoribb aggodalmaskodással jellemezhetők, mint a rizikómentes csoport tagjai, s ez a különbség a hatásméret alapján erősnek mutatkozott. További szignifikáns eredmény, hogy a rizikócsoportba tartozók több szubjektív testi tünetről számoltak be, emellett a mentalizáció-skála bizonytalanság faktorán[1] is magasabb a pontszámuk (5. táblázat). Míg a szubjektív testi tünetek esetében a hatásméret alapján közepes erősségű különbségről, addig a bizonytalan mentalizáció esetében gyenge különbségről beszélhetünk. Az általános pszichés jóllét és az impulzivitás vonatkozásában nem találtunk különbséget a két csoport között.

1 A bizonytalan mentalizáció-skála a saját és mások mentális állapotával kapcsolatban megélt bizonytalanságot vagy zavarodottságot jelzi.

5. táblázat: A munkafüggőség rizikókategóriáinak összehasonlítása folytonos pszichológiai változók mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók %-ában)

Változó	Nincs jelen rizikó a munkafüggőségre			Munkafüggőségre vonatkozó rizikó jelenléte			t	p	d
	N	Átlag	Szórás	N	Átlag	Szórás			
WHO általános Jól-lét skála	1175	9,15	3,04	59	9,38	3,01	−0,57	0,571	0,08
BIS Összpontszám	671	19,55	6,21	23	21,32	6,74	−1,24	0,227	0,27
BIS Tervezés hiánya	675	7,97	3,38	23	7,12	3,50	1,15	0,260	0,25
BIS Figyelmi impulzivitás	1212	5,82	2,60	66	6,10	2,81	−0,80	0,429	0,14
BIS Motoros impulzivitás	1207	5,04	2,28	66	5,48	2,80	−1,52	0,130	0,27
SSS Összpontszám	1197	16,35	6,03	64	17,99	7,32	−2,30	0,036	0,24
SSS Élménykeresés	1200	5,72	2,27	64	6,21	2,50	−1,54	0,536	0,21
SSS Izgalomkeresés	1203	3,67	1,84	64	3,85	2,30	−0,76	0,446	0,09
SSS Unalomtűrés	1204	3,68	1,76	64	4,11	2,07	−1,88	0,061	0,22
SSS Gátolatlanság	1202	3,31	1,77	64	3,82	2,08	−2,25	0,025	0,26
Rumináció összpontszám	1189	14,90	5,46	63	17,49	6,82	−3,62	<0,001	2,59
Rumináció Tépelődés	1195	7,82	3,04	63	8,72	3,32	−2,11	0,039	0,28
Rumináció Töprengés	1191	7,10	2,79	63	8,77	3,73	−4,53	<0,001	0,51
Aggodalmaskodás	1206	5,28	2,87	64	6,50	3,22	−3,27	0,001	1,52
Testi tünetek	1203	0,24	0,33	64	0,43	0,42	−4,21	<0,001	0,50
Mentalizáció: bizonyosság	1196	1,61	0,94	64	1,39	1,00	1,75	0,088	0,33
Mentalizáció: bizonytalanság	1195	0,25	0,37	64	0,37	0,41	−2,29	0,025	0,31

Megjegyzések: N: válaszolók száma; t: független mintás t-próba teszt statisztikája; p: szignifikancia-érték a független mintás t-próbához kapcsolódóan; d: Cohen-féle d hatásméret-mutató.
BIS = Barratt Impulzivitás Skála; SSS = Szenzoros Élménykeresés Skála
A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre

A leíró-statisztikai elemzések mellett – más változók hatását kontroll alatt tartó – többváltozós bináris logisztikus regressziós modell alkalmazásával is teszteltük a munkafüggőség lehetséges szociodemográfiai és pszichológiai prediktorait. A többváltozós elemzés során ENTER-módszert alkalmaztunk, amelyben a szociodemográfiai és pszichológiai prediktor-változókat egyszerre léptettük be. A kimeneti változó pedig a munkafüggőség rizikója volt (0 = nincs jelen rizikó, 1 = jelen van rizikó a munkafüggőségre). A létrehozott bináris logisztikus regressziós modell a munkafüggőség rizikójának jelenlétének becslésére szignifikánsan jobbnak bizonyult, mint a kiindulási, prediktor-változókat még nem tartalmazó modell ($\chi^2(49)=97{,}99$; $p<0{,}001$; Cox & Snell $R^2=0{,}13$; Nagelkerke $R^2=0{,}38$). A létrehozott modell 94,9%-ban helyesen jósolta be a résztvevők csoporttagságát összességében, ahogy a kiindulási modell is hasonló mértékben, 94,6%-ban jósolta be a csoporttagságot. Ez csupán csekély mértékű, 0,3%-nyi emelkedést jelent a kiindulási modell által nyújtott klasszifikációs teljesítményhez képest. A magyarázó változókat is tartalmazó modell 17,1%-ban jósolta be helyesen a munkafüggőségre vonatkozó rizikócsoportba tartozó személyeket. A többváltozós modell mellett minden esetben elvégeztünk egy-egy páronkénti, nemkontrollált kapcsolatvizsgálatot is a háttérváltozók és a munkafüggőség rizikója között (6. táblázat). Több változó esetében, ahol nem állt rendelkezésre elegendő mennyiségű válasz, az elemzéseket csak erre a módszerre korlátoztuk. A többváltozós modellbe bevont magyarázó változók közül a heti munkaórák száma, a vállalat/szervezet típusa, a háztartásméret, a szubjektív testi tünetek gyakorisága, továbbá a mentalizációs bizonytalanság mutatkozott szignifikánsnak. A heti átlagos munkaórák számának egységnyi fokozódása esetén 9%-kal, a háztartásméret növekedésével pedig 50%-kal nagyobb a munkafüggőség rizikójának esélye. A vállalat/szervezet típusa tekintetében a referenciacsoportként kezelt kormányzati vagy önkormányzati szektornál való munkavégzéshez képest a magánvállalatnál való munkavégzés esetén 76%-kal kisebb a munkafüggőség rizikójának esélye. A szubjektív testi tünetek/panaszok növekedése esetén igen jelentősen, 448%-kal nagyobb (azaz majdnem öt és félszerese), a mentális állapotokban való bizonytalanság növekedésével pedig 367%-kal magasabb (azaz több mint négy és félszerese) a munkafüggőségre vonatkozó rizikó jelenlétének esélye (6. táblázat). Fontos azonban megjegyeznünk, hogy az utóbbi két pszichés változó mentén igen nagy konfidencia-intervallumok mellett kaptuk ezeket az értékeket, ez pedig a becslés bizonytalanságára utal.

6. táblázat: Bináris logisztikus regressziós modellek: szociodemográfiai és pszichológiai tényezők kapcsolata a munkafüggőség rizikójával a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a munkafüggőség rizikójával[2]		Többváltozós modell a munkafüggőség rizikójának előrejelzésére[3]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Női nem (ref.: férfi nem)	0,64 [0,39–1,05]	0,079	0,64 [0,23–1,81]	0,403
Életkor	1,01 [0,99–1,03]	0,542	1,01 [0,96–1,06]	0,761
Településméret (ref.: 50 ezer fő alatti lakosságú település)				
legalább 50 ezer fős vidéki város	1,03 [0,56–1,90]	0,914	0,63 [0,20–2,00]	0,433
Budapest	0,40 [0,16–1,00]	0,050	0,20 [0,03–1,21]	0,079
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: 8 általános vagy kevesebb)				
szakmunkás	1,56 [0,60–4,01]	0,361	0,12 [0,01–1,80]	0,124
érettségi	1,58 [0,61–4,07]	0,345	0,09 [0,01–1,45]	0,089
felsőfok / egyetem utáni képzés	1,39 [0,50–3,89]	0,533	0,04 [0,00–1,12]	0,058
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzettség hiánya)	1,63 [0,75–3,55]	0,215	0,53 [0,09–3,27]	0,494
Intergenerációs képzettségi mobilitás (ref.: felfelé történő mobilitás)				
nincs mobilitás	1,01 [0,60–1,69]	0,975	1,56 [0,58–4,23]	0,380
lefelé történő mobilitás	1,53 [0,51–4,59]	0,449	1,45 [0,18–11,99]	0,729
Háztartás havi nettó jövedelme (ref.: 125 ezer Ft vagy kevesebb)*				
126–180 ezer Ft	0,96 [0,28–3,31]	0,943	–	–
181–255 ezer Ft	0,97 [0,30–3,12]	0,962	–	–
256–380 ezer Ft	0,45 [0,14–1,50]	0,196	–	–
381–400 ezer Ft	0,68 [0,19–2,41]	0,555	–	–
400 ezer Ft felett	0,68 [0,19–2,42]	0,555	–	–
Munkavégzéssel töltött órák száma/hét	1,10 [1,06–1,13]	<0,001	1,09 [1,04–1,16]	0,001
Jelenlegi munkaköre/beosztása (ref.: gazdálkodó mezőgazdaságban)				
iparos (termelőtevékenység)	0,92 [0,05–18,01]	0,955	0,00	0,998
kereskedő	0,00	0,999	0,00	0,998
egyéb szolgáltató	2,15 [0,21–23,02]	0,532	6,45 [0,32–128,23]	0,222
szellemi szabadfoglalkozású	5,85 [0,52–65,58]	0,152	9,28 [0,32–269,57]	0,195
felső vezető	0,00	0,999	0,00	0,999

2 A páronkénti kapcsolatok tesztelése külön-külön elvégzett bináris logisztikus regressziós modellek keretében történt, melyben a kimeneti változó a munkafüggőség rizikója (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg a magyarázó változó az adott sorban megemlített változó volt.

3 Bináris logisztikus regressziós modell, melyben a kimeneti változó a munkafüggőség rizikója (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg magyarázó változóként az első oszlopban felsorolt változókat egyszerre tartalmazta a modell (N=801; 57,8%).

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a munkafüggőség rizikójával[2]		Többváltozós modell a munkafüggőség rizikójának előrejelzésére[3]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
középvezető	0,83[0,38–18,41]	0,907	2,90 [0,07–128,94]	0,583
alsó vezető	0,000	0,999	0,00	0,999
közvetlen termelésirányító	0,000	0,999	0,00	0,999
diplomához kötött	1,20 [0,11–12,94]	0,880	3,80 [0,12–121,87]	0,451
szellemi, diploma nélkül	1,39 [0,14–13,75]	0,776	5,56 [0,32–96,30]	0,238
szakmunkás	1,09 [0,11–10,44]	0,940	1,85 [0,12–29,09]	0,66
betanított munkás	0,39 [0,03–4,57]	0,454	0,40 [0,01–12,46]	0,602
segédmunkás	1,21 [0,10–14,80]	0,882	0,09 [0,00–6,65]	0,273
mezőgazdasági fizikai	0,00	0,999	0,00	0,999
Vállalat/szervezet típusa, ahol jelenleg dolgozik (ref.: kormányzati vagy önkormányzati szektor)				
más közszféra	1,02 [0,35–2,94]	0,971	0,19 [0,02–1,79]	0,148
állami vállalat	0,68 [0,24–1,92]	0,468	0,35 [0,06–2,03]	0,240
magánvállalat	0,71 [0,35–1,46]	0,354	0,24 [0,07–0,87]	0,030
civilszervezet	*5,49 [1,36–22,17]*	*0,017*	4,23 [0,27–66,04]	0,304
Munkavégzés helyszíne (ref.: csak munkahelyen)				
otthon vagy változó helyszínen	*1,92 [1,13–3,24]*	*0,015*	1,81 [0,68–4,82]	0,231
Munkavégzés rendszeressége (ref.: szokványos, nappali munkarendben)*				
nem szokványos munkarendben	1,58 [0,92–2,72]	0,096	–	–
Összesen hány munkahelyen dolgozott élete során	0,05 [0,10–1,11]	0,057	1,10 [0,97–1,24]	0,127
Hátrányos anyagi helyzet	*0,90 [0,83–0,98]*	*0,013*	0,60 [0,31–1,18]	0,141
Háztartásméret	*1,21 [0,02–1,45]*	*0,034*	1,50 [1,03–2,20]	0,037
Együttélő kapcsolat megléte (ref.: kapcsolat hiánya)*	1,22 [0,63–2,37]	0,550	–	–
Családban előforduló kockázati magatartások száma	1,00 [0,84–1,19]	0,979	0,83 [0,62–1,10]	0,190
Vallásosság (ref.: nem vallásos / ateista)				
vallásos	2,14 [0,90–5,07]	0,083	1,94 [0,49–7,72]	0,350
nem tudja	1,06 [0,61–1,83]	0,829	0,74 [0,28–1,94]	0,534
Anómia	1,04 [1,00–1,07]	0,055	1,08 [0,98–1,20]	0,104
Elégedettség: társas kapcsolatokkal	1,11 [0,81–1,52]	0,512	0,54 [0,29–1,04]	0,063
Elégedettség: anyagi körülményekkel és munkával	*1,94 [1,33–2,82]*	*0,001*	1,60 [0,75–3,44]	0,226
Elégedettség: egészségi állapottal	1,09 [0,83–1,43]	0,537	1,23 [0,72–2,11]	0,457
Társas integráció	1,22 [0,92–1,63]	0,171	1,39 [0,77–2,51]	0,275
Általános jóllét	1,03 [0,94–1,12]	0,572	1,04 [0,87–1,24]	0,658
Impulzivitás	0,97 [0,92–1,02]	0,284	0,90 [0,79–1,03]	0,139
Szenzoros élménykeresés	*1,04 [1,00–1,08]*	*0,037*	0,96 [0,88–1,05]	0,417
Rumináció	*1,07 [1,03–1,11]*	*<0,001*	0,97 [0,87–1,08]	0,522

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a munkafüggőség rizikójával[2]		Többváltozós modell a munkafüggőség rizikójának előrejelzésére[3]	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Aggodalmaskodás	*1,13 [1,05–1,21]*	*0,001*	1,07 [0,87–1,31]	0,512
Testi tünetek	*2,91 [1,72–4,92]*	*<0,001*	5,48 [1,47–20,46]	0,011
Mentalizáció: bizonyosság	0,78 [0,60–1,02]	0,066	0,74 [0,39–1,41]	0,355
Mentalizáció: bizonytalanság	*1,97 [1,15–3,37]*	*0,013*	4,67 [1,51–14,62]	0,008

Megjegyzések. OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%-os konfidencia-intervallummal.
ref.: referenciakategória az adott változó tekintetében.
A többváltozós modellben szignifikáns (p<0,050) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre. A páronkénti kapcsolatvizsgálatban szignifikáns (p<0,050) szerepet kapó változók dőlt betűvel kerültek kiemelésre.
* A prediktor-változót nem tartalmazza a többváltozós modell, mivel azon nagyszámú hiányzó adat található.

3. A MUNKAFÜGGŐSÉG ELTERJEDTSÉGÉNEK VÁLTOZÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

Összehasonlítva a 2015-ös és a 2019-es adatfelvétel adatait, melyben a BWAS-skála összesített pontszámának átlagértékeit vetettük össze, a független mintás t-próba (egyik csoport: 2015-ös résztvevők, másik csoport: 2019-es résztvevők) eredménye szignifikáns lett (t=222,04; df=4172865; p<0,001). Eszerint 2015-ben a felnőtt lakosság szignifikánsan magasabb pontszámot ért el a munkafüggőség kockázatát mérő BWAS-skálán (M=7,04; SD=5,60), mint 2019-ben (M=5,83; SD=5,49). Szintén összehasonlítva a munkafüggőség kockázatának gyakoriságát a magyar lakosság körében 2015-ben és 2019-ben, khi-négyzet próbát alkalmazva nem kaptunk szignifikáns különbséget a probléma elterjedtsége tekintetében. Vagyis sem szignifikáns növekedésről, sem szignifikáns csökkenésről nem beszélhetünk az eltelt 4 év vonatkozásában (7. táblázat). Az összesített pontszámban látható szignifikáns csökkenés ugyanakkor arra utalhat, hogy 2015-ben több lehetett az ún. „szubklinikai” esetek száma, tehát akik a határértéket ugyan nem érik el a munkafüggőség skálán, de magasabb pontszámmal jellemezhetők.

7. táblázat: A munkafüggőségre vonatkozó rizikó elterjedtségének összehasonlítása az OLAAP 2015-ös és 2019-es adatfelvétele között (a magyarországi 18–64 éves népesség körében, a válaszolók százalékában)

	OLAAP 2015-ös adatfelvétele			OLAAP 2019-es adatfelvétele			χ^2 (df)	p	φ
	N	%	CI	N	%	CI			
Munkafüggőség rizikójának jelenléte	1315	4,7	±1,2	1324	5,1	±1,2	0,250 (1)	0,617	0,01

Megjegyzések: N: válaszolók száma; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum;
χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; φ: Phi korrelációs hatásméret-mutató.

4. A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT LAKOSSÁG MUNKAFÜGGŐSÉGE NEMZETKÖZI KONTEXTUSBAN

Az OLAAP 2019-es kutatásban kapott eredményeink, miszerint a dolgozó felnőtt lakosság 7%-a érintett a munkafüggőség szempontjából, jól illeszkedik más, európai országban mért kutatási eredményekhez. Az egyetlen európai ország, ahonnan még rendelkezésre állnak reprezentatív mintán alapuló lakossági felmérések, Norvégia. Andreassen és munkatársai (2014, 2019) korábbi kutatásukban, szintén a BWAS kérdőívet alkalmazva, 8,3%-os, néhány évvel később pedig 7,3%-os előfordulást mértek a munkafüggőség kockázatára nézve, dolgozó felnőttek körében. Míg a norvég munkacsoport nem végzett elemzést a tendenciára vonatkozóan, jelen kutatásunk újszerűsége, hogy arra vonatkozóan is végeztünk statisztikai elemzést, hogy a probléma gyakoriságát illetően történt-e változás az eltelt 4 évben (Kun, Magi et al., 2020). Eredményeink szerint nem történt szignifikáns változás a kockázat elterjedtségét illetően. Egy frissen publikált tanulmány szerint már Dél-Koreából is rendelkezésre állnak adatok a munkafüggőség elterjedtségéről. Ezen kutatásban az európai eredményekhez képest jóval magasabb, 39,7%-os érintettséget mértek a munkavállalók körében (Kang, 2020). Elképzelhető, hogy ez az igen magas gyakoriság kulturális-társadalmi okoknak tulajdonítható, ugyanakkor módszertani kérdéseket is felvet. Kang (2020) kutatásában egy másik skálát, a Workaholism Analysis Questionnaire (Aziz et al., 2013) koreai verzióját alkalmazta, melynek a szerzők eredetileg nem dolgoztak ki határértéket. Kang ugyan alkalmazott egy határértéket, azonban azt nem statisztikai elemzésre alapozta, hanem átvett egy módszert a DSM diagnosztikus rendszere alapján. Eszerint azokat sorolta a munkafüggőség kockázati csoportjába, akik a 15 tételes kérdőív legalább 8 tételén egyetértettek vagy teljes mértékben egyetértettek az adott állítással. Elképzelhető tehát, hogy ez az önkényesnek tűnő módszer is befolyásolta az

eredményeket, és a jövőben érdemes lenne statisztikai alapon is ellenőrizni a skála határértékét, továbbá más megbízható skálákat (pl. WART, BWAS) alkalmazva is megvizsgálni a koreai populáció érintettségét.

Az egyes nemek vonatkozásában a nemzetközi kutatási adatokkal megegyező eredményeket kaptunk, legalábbis a felnőtt népességre vonatkozó országos kutatás, az OLAAP 2019 tekintetében. Egy, a munkafüggőség különböző korrelátumait vizsgáló, átfogó metaanalízis (Clark et al., 2016) eredménye szerint a nemnek nincs szignifikáns hatása a munkafüggőség megjelenésére. Ugyanakkor míg a felnőtt hazai lakosság körében nem jelentkezik szignifikáns különbség a munkafüggőség kockázatában a két nemet tekintve, a budapesti fiatal felnőttek körében (BLS-kutatás) a nők között szignifikánsan gyakoribb a munkafüggőség kockázata. Eredményeink tehát arra hívják fel a figyelmet, hogy a nagyobb városban élő fiatal nők esetében, akik még karrierjük elején járnak, fokozottabb a munkafüggőség kockázata, mint a férfiak között. A nőknél talán azon társadalmi-kulturális tényezők is szerepet játszhatnak ebben, miszerint számukra nehezebb magasabb pozícióhoz és magasabb fizetéshez jutni, mint a férfiaknak, s így sokkal nagyobb erőfeszítéseket kell tenniük a jelentősebb siker érdekében (Nagy, 2013). Emellett az is lényeges lehet, hogy esetükben nagyobb lehet a sürgetettség a szakmai életükben való bizonyításra fiatalabb éveikben, még a családalapítás előtt, hogy a gyermekkel otthon töltött időszak után könnyebben térjenek vissza a munkaerőpiacra.

Noha a munkafüggőség definíció szintjén is elsősorban belső indíttatásból, kényszerből eredő probléma, egyes kutatások szerint a munkafüggők esetében a pénzszerzésre való motiváció is magasabbnak tűnik (Burke, 2004). Ahogy Piotrowski és Vodanovich (2006) hangsúlyozza, a munkafüggőség mögött nemcsak egyéni (pl. személyiség), illetve családi (pl. szerepek, jutalmazás módja) tényezők lényegesek, hanem olyan externális faktorok is, mint a munkahelyi megbecsülés vagy a teljesítmény anyagi értéke. Jelen kutatásunkban mi is azt találtuk, hogy a magasabb munkafüggőségi kockázat a háztartásra vonatkozóan magasabb átlagos nettó havi jövedelemmel, jobb relatív anyagi helyzettel és alacsonyabb deprivációs indexszel jár együtt, továbbá a magasabb kockázati csoportba tartozó személyek elégedettebbek anyagi helyzetükkel is. Ezen eredményeink ugyanakkor ellentmondanak ama átfogó metaelemzés eredményeinek (Clark et al., 2016), amely szerint a munkafüggőség kockázata és a fizetés között nincs szignifikáns kapcsolat. Elképzelhető, hogy a munkafüggőség anyagiakkal kapcsolatos összefüggésében a társadalmi-kulturális különbségeknek is nagyobb szerepe van. De talán azzal a tényezővel is összefügghet mindez, hogy a munkafüggőség kockázatában szignifikáns prediktorként jelent meg a háztartásméret: a magasabb kockázat esetében nagyobb az esélye, hogy

többen élnek egy háztartásban, mint az alacsony kockázatúak között. Ezen eredményeink szintén egyedülállóak nemzetközi szinten, mi több, számos kutatás arra utal, hogy a munkafüggőség inkább a társas kapcsolati, párkapcsolati problémákkal jár együtt (Clark et al., 2016; Robinson, Carroll & Flowers, 2001; Bakker, Demerouti & Burke, 2009). Ennek alapján inkább azt várhatnánk, hogy a kockázati csoport tagjai gyakrabban élnek egyedül (jelen elemzésben nem kaptunk ilyen eredményeket), illetve hogy kevesebb emberrel tud együtt élni a személy. Természetesen maga a tény, hogy több emberrel él együtt egy személy, még nem mond semmit a kapcsolatainak minőségéről. Ha az anyagiak vonatkozásában próbáljuk értelmezni ezt az összefüggést, az a lehetőség merül fel, miszerint a túlzott munkavégzés és a magasabb kereset talán a nagyobb méretű családok nehezebb anyagi eltartásával függ össze. Ezt a feltételezésünket támogathatja azon eredményünk is, miszerint a többváltozós elemzésből a többi változó kontrollálása mellett már kiesett minden anyagi státusszal vagy jövedelemmel kapcsolatos változó. Azt is elképzelhetőnek tartjuk, hogy az érintettek eredendően talán külső, gazdasági okok miatt is dolgoznak rengeteget, ám közben kialakul náluk egy maladaptív, problémás munkavégzési mód. Ezzel kapcsolatosan azonban további kutatásokra lenne szükség, hogy feltételezéseinket igazolni vagy cáfolni tudjuk.

A nemzetközi szakirodalommal teljes mértékben megegyezve mi is azt találtuk, hogy a munkafüggőség kockázata és a munkával töltött órák száma pozitív kapcsolatot mutat (Clark et al., 2016). Ugyanakkor kutatásunk újszerűsége, hogy lakossági reprezentatív mintán tudtuk tesztelni, vajon a foglalkozással és a munkavégzéssel kapcsolatos tényezők mennyiben játszanak szerepet a munkafüggőség megjelenésében – ilyen elemzést más országokban eddig még nem végeztek. Bár a többi változó kontrollálása mellett nem jelentek meg szignifikáns prediktorként, számos változó mentén kaptunk különbséget a munkafüggőség-skála alapján kockázati és nem kockázati csoportba sorolt személyek között. A munkafüggőség jóval magasabb kockázatot jelent a szellemi szabadfoglalkozású személyek körében. Ezen eredmény párhuzamba állítható azon nemzetközi kutatási eredményekkel, amelyek szerint az olyan szellemi foglalkozásúak körében, mint az ügyvédek, orvosok vagy pszichológusok, elég magas, kb. 23–25% a munkafüggőség megjelenésének esélye (hangsúlyozva, hogy ezen eredmények nem reprezentatív mintán alapulnak) (Doerfler & Kammer, 1986; Freimuth et al., 2008; Sussman, 2012). A munkavégzés helyszínével kapcsolatos eredményeink, miszerint magasabb a munkafüggőség kockázata azok körében, akik nem egy helyen, a munkahelyükön dolgoznak (hanem részben vagy teljes egészében otthon, illetve változó helyszíneken), összefüggést mutathatnak azzal a tényezővel, hogy a munkafüggőség egyik jellemzője a

munka és az élet egyéb tereinek összemosódása. Amennyiben a személy életében mind térben, mind időben könnyen keverednek a munka és a magánélet területei, az nagyobb kockázatot teremthet a túlzott és problémás munkavégzésre (Ng, Sorensen & Feldman, 2007) és az ezzel kapcsolatos konfliktusok (pl. munka és család közötti konfliktus) megjelenésére is (Andreassen, Hetland & Pallesen, 2013). A fentiek tükrében talán már nem annyira meglepő az az eredmény, miszerint a civil szervezetekben dolgozók között kiugróan magas, 30,3% a munkafüggőség kockázata. Elképzelhető, hogy ez összefügg azzal, hogy ezen szervezeteknél elsősorban szellemi foglalkozásúak a munkavállalók, akik rugalmasabb vagy változó időrendben dolgoznak. Más, nemzetközi kutatásból azonban nincsenek ezzel kapcsolatos eredmények, holott érdemes volna megnézni, hogy ez mennyiben általános, esetleg kultúra- vagy országspecifikus jelenség. A többváltozós elemzésünkből ugyanakkor az is kiderült, hogy az állami és önkormányzati szektorban dolgozókhoz képest a magánszektorban dolgozók között alacsonyabb a munkafüggőség rizikójának jelenléte. Ha az egyváltozós és többváltozós eredményeinket együtt próbáljuk értelmezni, akkor az a lehetőség merül fel, hogy mind a civil, mind pedig az állami/önkormányzati szektorban olyan tevékenységeket láthatnak el a munkavállalók, amelyek valamilyen nagyobb társadalmi kérdéssel, pl. „nemes üggyel" kapcsolatosak. Elképzelhető, hogy a nagyobb cél érdekében való intenzív munka is hatással lehet arra, hogy a személy erősebben involválódik, és nehezebben tud kilépni a munkavégzésből, nehezebben mond nemet a feladatokra. A jövőben érdemes volna a munkafüggőség segítői attitűdökkel vagy akár a helfer-szindrómával (Fekete, 1991) való együttjárását is alaposabban megvizsgálni.

A nemzetközi kutatások visszatérően arról számolnak be, hogy a munkafüggőség rosszabb pszichés jólléti mutatókkal és az élettel való alacsonyabb szintű elégedettséggel van összefüggésben (Matsudaira et al., 2013; Shimazu et al., 2012; Bovornusvakool et al., 2012). Utóbbi tényező kapcsán a mi kutatásunk nem erősítette meg ezt az összefüggést: sem a különböző társas kapcsolatokkal (család, párkapcsolat, egyéb kapcsolat), sem pedig az egészségi állapottal való elégedettség nem mutatott kapcsolatot a munkafüggőség rizikójával. Érdekes ugyanakkor, hogy az egészségi állapottal való nagyobb mértékű elégedetlenség a négy évvel korábbi felmérésünkben szignifikáns prediktorként jelent meg a munkafüggőség vonatkozásában (Kun, Magi et al., 2020). Most nem mutatkozott ilyen hatás. Elemzésünk ugyanakkor arra is rámutatott, hogy a szubjektív testi tünetek intenzívebb jelenléte megnöveli a munkafüggőség kockázatát, méghozzá igen jelentős mértékben. A munkafüggőség és a testi panaszok, egészségügyi problémák kapcsolatáról már számos nemzetközi kutatás számolt be: a munkafüggők körében gyakoribb a hátfájás, a szív-érrendszeri panasz, többet

hiányoznak munkahelyükről egészségügyi okok miatt, és gyakrabban számolnak be alvásproblémákról is (Avanzi et al., 2012; Salanova et al., 2016; Matsudaira et al., 2013). Ezeket az összefüggéseket egy friss hazai kutatás is alátámasztotta: munkafüggő személyekkel készített interjúkban az érintettek maguk is számos kedvezőtlen testi panaszról és betegségről számoltak be, melyeket a túlzott munkavégzésnek tulajdonítottak (Kun, Hamrák et al., 2021).

Fentebb említettük, hogy a kockázati csoportra az anyagi helyzetükre vonatkozó magasabb elégedettség jellemző. Emellett az is kiderült, hogy a munkával való elégedettség is szignifikánsan magasabb szintű a munkafüggőség szempontjából kockázati csoportba tartozó személyek között. Ez az eredmény némiképp ellentmondásban áll azon feltevésekkel, hogy a munkafüggők alapvetően nem élvezik a munkájukat (Spence & Robbins, 1992), illetve, hogy elégedetlenebbek a karrierjükkel (Burke & MacDermid, 1999). Ezen ellentmondás hátterében elképzelhetőnek tartjuk, hogy a munkafüggő személyek ugyan elégedettek az állásukkal, foglalkozásukkal, ellenben azzal a teljesítménnyel, amit nyújtanak, vagy azzal az előmenetellel, ami a karrierjüket jellemzi, már nem elégedettek. Ezt a feltevést erősíthetik azok a kutatási eredmények, miszerint a munkafüggőség egyik legfontosabb személyiségjellemzője a magas szintű perfekcionizmus (Kun, Takács et al., 2020). A kérdés komplexitását bizonyítja továbbá az is, hogy az anyagiakkal és a munkával való elégedettség tényezője a többváltozós elemzésben már nem jelent meg szignifikáns prediktorként.

A pszichológiai változók közül a többváltozós elemzésben két tényező jelent meg a munkafüggőség szignifikáns prediktoraként. A mentális állapotokon való bizonytalanság azt tükrözi, hogy a személynek nehézségei vannak abban, hogy megítélje, más személyek vajon mit gondolnak, mit éreznek. Eredményeink szerint e nehézségek szignifikánsan megnövelik az esélyét annak, hogy megjelenjen a munkafüggő mintázat. Ezen eredményeink teljes mértékben újszerűek, korábban ezt az összefüggést még nem vizsgálták. Elképzelhető, hogy ez a fajta mentalizációs nehézség olyan általános belső bizonytalansági tényezőkkel is összekapcsolódik, amelyekről tudvalevő, hogy a munkafüggőség rizikótényezői: mint az alacsony önértékelés, a magasabb szintű szorongás és negatív affektivitás (Kun, Takács et al., 2020). Azzal kapcsolatosan is igen kevés kutatási eredmény született, hogy vajon a munkafüggőség kapcsolatba állítható-e az érzelemszabályozási zavarokkal. Feltételezhető ugyanis, hogy a mentalizáció és az érzelemszabályozási képesség szoros kapcsolatban állnak egymással (Fonagy et al., 2002; Schwarzer et al., 2021). Az érzelemszabályozási problémák közül egyedül a ruminációval kapcsolatosan születtek eddig eredmények a munkafüggőség vonatkozásában: eszerint a két tényező pozitív kapcsolatban áll egymással, vagyis a munkafüggő személyekre intenzívebb rágó-

dás jellemző (Wojdylo et al., 2013; Kun, Urbán et al., 2020). Noha a rumináció jelen kutatásban nem bizonyult szignifikáns prediktornak, a munkafüggőség szempontjából kockázati és nem kockázati csoportok összehasonlításakor kiderült, hogy az előbbi csoport intenzívebb ruminációs stílussal jellemezhető. Akik tehát hajlamosabbak önemésztő, tépelődő módon rágódni a negatív eseményeken, negatív érzelmeiken és azok lehetséges okain, azok esetében a munkavégzés területén egy maladaptív, kényszeres mintázat jelentkezhet.

Végül több olyan pszichés tényezővel is együttjárást mutatott a munkafüggőség kockázata, amelyek a többváltozós, a többi változót kontroll alatt tartó elemzésben nem jelentek meg prediktorként. A munkafüggőség kockázata magasabb szenzoros élménykereséssel jár együtt, s ez az eredmény más nemzetközi kutatásban (Jackson, 2011) is megerősítést nyert. Ezzel párhuzamosan a magasabb szintű impulzivitás is jellemzőbb a kockázati csoportra, s ezen eredményünk is megegyezik más, nemzetközi kutatásban kapott eredménnyel (Jackson et al., 2016), továbbá a négy évvel ezelőtt mért saját eredményeinkkel is (Kun, Magi et al., 2020). Ezek az eredmények jól illeszthetők azon elgondolásokhoz, miszerint a munkafüggők újabb és újabb feladatokat és élethelyzeteket keresnek, ahol bizonyíthatnak, illetve hogy a munkafüggő személyekre jellemzőbb egyfajta türelmetlenség és sürgetettség, ami a munkavégzésüket és a munkatársaikkal való kapcsolatukat is jellemzi (Robinson, 1998). Végül, intenzívebb aggodalmaskodás is jellemzi a rizikócsoport tagjait, ami egybecseng azon nemzetközi kutatásokra épülő eredményekkel, miszerint a munkafüggőség magasabb szintű vonásszorongással, neuroticizmussal és negatív affektivitással (Burke, Matthiesen & Pallesen, 2006; Robinson, 1999; Kun, Takács et al., 2020) jár együtt.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Hetland, J., Kravina, L., Jensen, F. & Pallesen, S. (2014). The prevalence of workaholism: A Survey Study in a nationally representative sample of Norwegian employees. *PLoS ONE 9*(8), e102446. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102446

Andreassen, C. S., Griffiths, M.D., Hetland, J., Pallesen, S. (2012). Development of a work addiction scale. *Scandinavian Journal of Psychology, 53*(3), 265-272. https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00947.x

Andreassen, C. S., Hetland, J. & Pallesen, S. (2013). Workaholism and work–family spillover in a cross-occupational sample. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 22*(1), 78–87. https://doi.org/10.1080/1359432X.2011.626201

Andreassen, C. S., Nielsen, M. B., Pallesen, S. & Gjerstad, J. (2019). The relationship between psychosocial work variables and workaholism: Findings from a nationally representative survey. *International Journal of Stress Management, 26*(1), 1–10. https://doi.org/10.1037/str0000073

Avanzi, L., Van Dick, R., Fraccaroli, F. & Sarchielli, G. (2012). The downside of organizational identification: Relations between identification, workaholism and well-being. *Work & Stress, 26*(3), 289–307. https://doi.org/10.1080/02678373.2012.712291

Aziz, S., Uhrich, B., Wuensch, K. L. & Swords, B. (2013). The workaholism analysis questionnaire: emphasizing work-life imbalance and addiction in the measurement of workaholism. *Journal of Behavioral and Applied Management, 14*, 71–86. https://doi.org/10.21818/001c.17923

Bakker, A. B., Demerouti, E. & Burke, R. (2009). Workaholism and relationship quality: A spillover-crossover perspective. *Journal of Occupational Health Psychology, 14*, 23–33. https://doi.org/10.1037/a0013290

Bovornusvakool, W., Vodanovich, S.J., Ariyabuddhiphongs, K. & Ngamake, S. T. (2012). Examining the antecedents and consequences of workaholism. *The Psychologist-Manager Journal, 15*(1), 56–70. https://doi.org/10.1080/10887156.2012.649994

Burke, R. J. (2004). Workaholism, self-esteem, and motives for money. *Psychological Reports, 94*(2), 457–463. https://doi.org/10.2466/pr0.94.2.457-463

Burke, R. J. & MacDermid, G. (1999). Are workaholics job satisfied and successful in their careers? *The Career Development International, 4*(5), 277–282. https://doi.org/10.1108/13620439910279761

Burke, R. J., Matthiesen, S. B. & Pallesen, S. (2006). Personality correlates of workaholism. *Personality and Individual Differences, 40*, 1223–1233. https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.10.017

Clark, M. S., Michel, J. S., Zhdanova, L., Pui, S. Y. & Baltes, B. (2016). All work and no play? A meta-analytic examination of the correlates and outcomes of workaholism. *Journal of Management, 42,* 1836–1873. https://doi.org/10.1177/0149206314522301

Doerfler, M. C., Kammer, P. P. (1986). Workaholism, sex, and sex role stereotyping among female professionals. *Sex Roles, 14*, 551–560.

Fekete S. (1991). Segítő foglalkozások kockázatai – helfer-szindróma és burnout-jelenség. *Psychiátria Hungarica*, 6, 17–29.

Fonagy P., Gergely G., Jurist E. & Target M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self.* New York, N.Y: Other Press.

Freimuth, M., Waddell, M., Stannard, J., Kelley, S., Kipper, A. et al. (2008). Expanding the scope of dual diagnosis and co-addictions: Behavioral addictions. *Journal of Groups in Addiction & Recovery, 3*, 137–160. https://doi.org/10.1080/15560350802424944

Jackson, C. J. (2011). How sensation seeking provides a common basis for functional and dysfunctional outcomes. *Journal of Research in Personality, 45*, 29–36. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2010.11.005

Jackson, S. S., Fung, M. C., Moore, M. A. C. & Jackson, C. J. (2016). Personality and Workaholism. *Personality and Individual Differences, 95*, 114–120. https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.020

Kang, S. (2020). Workaholism in Korea: Prevalence and socio-demographic differences. *Frontiers in Psychology, 11*, 569744. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.569744

Kun B., Hamrák A., Kenyhercz V., Demetrovics Zs. & Kaló Zs. (2021). Az egészségromlás és az egészségmagatartás-változás kvalitatív vizsgálata munkafüggőség szempontjából veszélyeztetettek körében. *Magyar Pszichológiai Szemle, 76*(1), 101–126.

Kun B., Magi A., Felvinczi K., Demetrovics Zs. & Paksi B. (2020). A munkafüggőség elterjedtsége, szocio-demográfiai és pszichés háttere a hazai felnőtt lakosság körében: egy országos reprezentatív felmérés eredményei. *Psychiatria Hungarica, 35*(3), 289–306.

Kun, B., Takács, Z. K., Richman, M. J., Griffiths, M. D. & Demetrovics, Zs. (2020). Work addiction and personality: A meta-analytic study. *Journal of Behavioral Addictions, 9*(4), 945–966. https://doi.org/10.1556/2006.2020.00097

Kun, B., Urbán, R., Bőthe, B., Griffiths, M. D., Demetrovics, Zs. & Kökönyei, G. (2020). Maladaptive rumination mediates the relationship between self-esteem, perfectionism, and work addiction: A largescale survey study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(19), 7332. https://doi.org/10.3390/ijerph17197332

Kun B., Urbán R., Maráz A. & Demetrovics Zs. (2021). Munkafüggőség Rizikója Teszt. In: Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei G., Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai- és egészségpszichológiai kutatásában és gyakorlatában.* (pp. 488–491.) Budapest: Medicina Kiadó.

Matsudaira, K., Shimazu, A., Fujii, T., Kubota, K., Sawada, T., Kikuchi, N. & Takahashi, M. (2013). Workaholism as a risk factor for depressive mood, disabling back pain, and sickness absence. *PloS ONE, 8*(9), e75140. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075140

Nagy B. (2013). Nők a vállalati vezetőtestületekben és irányításban Magyarországon. *Társadalmi Nemek Tudománya Interdiszciplináris eFolyóirat, 3*(2). 52–63.

Ng, T. W. H., Sorensen, K. L. & Feldman, D. C. (2007). Dimensions, antecedents, and consequences of workaholism: A conceptual integration and extension. *Journal of Organizational Behavior, 28*, 111–136. https://doi.org/10.1002/job.424

Orosz, G., Dombi, E., Andreassen, C.S., Griffiths, M.D., Demetrovics, Z. (2016). Analyzing models of work addiction: Single factor and bi-factor models of the Bergen

Work Addiction Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction, 14*(5), 662–671. https://doi.org/10.1007/s11469-015-9613-7

Piotrowski C, Vodanovich SJ. (2006). The interface between workaholism and work-family conflict: A review and conceptual framework. *Organization Development Journal. 24*, 84–92.

Robinson, B. E. (1998). *Chained to the desk: A guidebook for workaholics, their partners and children and the clinicians who treat them*. New York: New York University Press.

Robinson, B. E. (1999). The Work Addiction Risk Test: Development of a tentative measure of workaholism. *Perceptual and Motor Skills, 88*, 199–210. https://doi.org/10.2466/pms.1999.88.1.199

Robinson, B. E., Carroll, J. J. & Flowers, C. (2001). Marital estrangement, positive affect and locus of control among spouses of workaholics and spouses of nonworkaholics: A national study. *American Journal of Family Therapy, 29*, 397–410.

Salanova, M., López-Gonzáles, A. A., Llorens, S., Del Líbano, M., Vicente-Herrero, M. T. & Tomás-Salvá, M. (2016). Your work may be killing you! Workaholism, sleep problems and cardiovascular risk. *Work & Stress, 30*(3), 228–242. https://doi.org/10.1080/02678373.2016.1203373

Schwarzer, N. H., Nolte, T., Fonagy, P. & Gingelmaier, S. (2021). Mentalizing and emotion regulation: Evidence from a nonclinical sample. *International Forum of Psychoanalysis*, published online, https://doi.org/10.1080/0803706X.2021.1873418

Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Kubota, K. & Kawakami, N. (2012). Do workaholism and work engagement predict employee well-being and performance in opposite directions? *Industrial Health, 50*(4), 316–321. https://doi.org/10.2486/indhealth.ms1355

Spence, J. T. & Robbins, A. S. (1992). Workaholics: Definition, measurement, and preliminary results. *Journal of Personality Assessment, 58*, 160–178. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5801_15

Sussman, S. (2012). Workaholism: A review. *Journal of Addiction Research & Therapy, 6*, 4120. https://doi.org/10.4172/2155-6105.S6-001.1

Wojdylo, K., Baumann, N., Buczny, J., Owens, G. & Kuhl, J. (2013). Work Craving: A conceptualization and measurement. *Basic and Applied Social Psychology, 35*, 547–568. https://doi.org/10.1080/01973533.2013.840631

Horváth Zsolt – Demetrovics Zsolt – Paksi Borbála

A KÜLÖNBÖZŐ ADDIKTOLÓGIAI PROBLÉMÁK KAPCSOLÓDÁSA

1. MÓDSZERTANI HÁTTÉR BEMUTATÁSA

Jelen fejezet a különböző szerhasználó magatartások és addiktív viselkedési formák közötti összefüggéseket több szempontból vizsgálja a magyarországi 18–64 éves felnőtt lakosság (az OLAAP 2019-es adatfelvétele alapján), illetve a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság körében (a BLS 2019-es adatfelévtele alapján). Mindegyik magatartás esetében két változót alkalmazunk: az egyik változóval a magatartás intenzitása került kifejezésre, a másik változóval pedig a kockázatos magatartás jelenléte vagy hiánya. Az egyes magatartások esetén alkalmazott mutatókat az 1. táblázat foglalja össze.

Az elemzések első lépéseként megvizsgáltuk a különböző intenzitású magatartások közötti korrelációkat. A munkával töltött időt mérő folytonos változót kivéve, mindegyik vizsgált magatartás esetében az intenzitást mérő változókat ordinális, kategoriális változóként definiáltuk, melyek között tetrakorikus korrelációs együtthatókkal becsültük az együttjárások mértékét, a legkisebb négyzetek súlyozott módszerén alapuló becslési módszer felhasználásával (weighted least squares mean and variances adjusted, WLSMV).

Második lépésben pedig a különböző szerhasználó magatartások és addiktív viselkedések kockázatos formái közötti kapcsolatot vizsgáltuk, melynek során a kockázatos magatartásokat kifejező dichotóm változók közötti páronkénti kapcsolatokat Phi (φ) korrelációs együtthatókkal fejeztük ki. Emellett, annak érdekében, hogy jobban megérthető legyen a különböző addiktológiai problémák együttjárása, a kockázatos magatartások (dichotóm változók) hátterében meghúzódó látens dimenziók feltárására is kísérletet tettünk. Ennek során feltáró faktorelemzés (exploratory factor analysis, EFA) keretében orthogonális, bifaktor látens struktúrát feltételező forgatás alkalmazása történt WLSMV becslési eljárással. Ezen forgatási módszer alkalmazásával lehetőség van arra, hogy a különböző addiktológiai problémák tekintetében általános és specifikus, egymástól független faktorokat azonosítsunk. Ezen elemzés révén feltárhatóvá válhat egy általános addiktológiai rizikófaktor (kifejezve egy mö-

göttes sérülékenység-dimenziót a különböző kockázatos magatartások együttes jelenlétére), valamint annak feltérképezése is lehetséges, hogy milyen specifikus, addiktológiai látens dimenziók azonosíthatóak az általános faktor hatásán túl (pl. a kockázatos szerhasználati magatartások vagy az addiktív viselkedések külön-külön faktorba rendeződnek). Korábbi kutatások már tesztelték bifaktor-struktúra feltételezésével a komorbiditást az addiktológiai problémák között (Tackett et al., 2017). A megfelelő faktorstruktúra kiválasztásáról és megtartásáról való döntés a lejtődiagramm vizsgálata alapján történt (a faktorok sajátértékét bemutató ábrán töréspont keresése), valamint az adott struktúra elméleti értelmezhetőségét is figyelembe vettük a döntés során.

Végül, az elemzések következő lépésében megvizsgáltuk a különböző kockázatos magatartások együttes jelenlétének elterjedtségét a magyarországi felnőtt és a budapesti fiatal felnőtt lakosság körében. Majd az OLAAP 2019-es adatfelvétele alapján egyrészt leíró-statisztikai módszerekkel (khi-négyzet statisztika és egyszempontos varianciaanalízis alkalmazásával) megvizsgáltuk a kockázatos magatartások együttes jelenlétének főbb szociodemográfiai jellemzők (nem, életkor, településméret, várható iskolai végzettség) mentén való mintázódását, valamint multinomiális logisztikus regressziós modellek létrehozásával a kockázatos magatartások együttes jelenléte (mint kimeneti változó) és a különböző szociodemográfiai és pszichológiai háttértényezők közötti összefüggések kerültek elemzésre.

1. táblázat: A különböző addiktológiai problémák kapcsolódásának vizsgálata során alkalmazott változók[1]

	Magatartás intenzitásának mutatója	Kockázatos magatartások mutatója
Drog-fogyasztás	**Tiltott drogok fogyasztásának összesített gyakorisága az eddigi élet során:** hétfokozatú ordinális változó, melynek szélső értékei: 0 = soha nem fogyasztott, 6 = legalább 40-szer fogyasztott	**Tényleges folyamatos drogfogyasztás jelenléte:**[2] dichotóm változó, melynek kódolása: 0 = folyamatos fogyasztás hiánya; 1 = folyamatos fogyasztók
Alkohol-fogyasztás	**Nagyivás gyakorisága az elmúlt 12 hónapban:** ötfokozatú ordinális változó, melynek pontozása megfelel az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) megfelelő tételének: 0 = egyszer sem, 4 = naponta vagy majdnem naponta	**Kockázatos vagy súlyosabb alkoholfogyasztás jelenléte:** dichotóm változó, mely az AUDIT-on elért összpontszám alapján csoportosítja a résztvevőket: 0 = absztinens vagy alacsony kockázatú fogyasztás, 1 = kockázatos vagy ennél problémásabb fogyasztás (az AUDIT-on elért legalább 8 pont esetén) (Gerevich et al., 2006; Saunders et al., 1993)
Gyógyszer-fogyasztás	**Nyugtató-/altatófogyasztás gyakorisága orvosi javaslat nélkül:** négyfokozatú ordinális változó, melynek kódolása: 0 = soha nem fogyasztott még, 1 = életében fogyasztott már, de az előző évben nem, 2 = az előző évben fogyasztott, de az elmúlt 30 napban nem, 3 = az előző hónapban is fogyasztott	**Nyugtató-/altatófogyasztás jelenléte orvosi javaslat nélkül az elmúlt évben:** dichotóm változó, melynek kódolása: 0 = nincs jelen nyugtató-/altatófogyasztás orvosi javaslat nélkül az elmúlt évben, 1 = nyugtató-/altatófogyasztás jelenléte orvosi javaslat nélkül az elmúlt év során

1 A mobiltelefon-használat tekintetében nem állt rendelkezésre használati gyakoriságot mérő változó, valamint a szerzők tudomása szerint az alkalmazott kérdőív (Problematic Mobile Phone Use Questionnaire – Short Version; PMPUQ-SV) esetében nincs a szakirodalomban elfogadott határérték a kockázatos/problémás használat rizikójának azonosítására, így a mobiltelefon-használat konstruktumát nem vontuk be az elemzésekbe.
A problémás videójáték-használat a teljes felnőtt és a budapesti fiatal felnőtt lakosság körében, valamint a testedzésfüggőség kockázatának jelenléte a teljes felnőtt lakosság körében nagyon alacsony elterjedtséget mutatott, így ezen változókat nem tartalmazzák a kockázatos magatartások közötti kapcsolatokat vizsgáló korrelációs elemzések és a feltáró faktorelemzés az adott adatfelvételhez kapcsolódóan.

2 A folyamatos fogyasztási ráta incidencia nélkül (continuation rate without incidence, EMCDDA, 1999; Paksi, 2007) mutatóból képzett változó, ahol a folyamatos fogyasztók azok, akik az elmúlt évben is és először legalább egy évvel az adatfelvételt megelőzően fogyasztottak valamilyen drogot. A folyamatos fogyasztás hiánya kategória pedig a soha nem fogyasztókat, az új belépőket és a leállt fogyasztókat tartalmazza.

	Magatartás intenzitásának mutatója	Kockázatos magatartások mutatója
Dohányzás	**Naponta elszívott cigaretták mennyisége:** ötfokozatú ordinális változó, melynek pontozása a Dohányzás Súlyossága Index (Heaviness of Smoking Index, HSI) alapján készült: 0 = nem dohányzik, 1 = 10 szálat vagy kevesebb, 4 = 31 szálat vagy többet	**Közepes vagy magas szintű nikotinfüggőség jelenléte:** dichotóm változó, mely a HSI mentén elért összpontszám alapján csoportosítja a résztvevőket: 0 = nem dohányzik vagy alacsonyszintű nikotinfüggőség, 1 = közepes vagy magas szintű nikotinfüggőség jelenléte (a HSI mentén elért legalább 2 pont esetén) (Svicher et al., 2018)
Internet-használat	**Internethasználat átlagos napi gyakorisága az elmúlt 30 nap során:**[3] hatfokozatú ordinális változó, melynek szélső értékei: 0 = Nem használt, 5 = Naponta átlagosan több mint 5 órát használt	**Problémás internethasználat jelenléte**: dichotóm változó, mely a Problémás Internethasználat Kérdőíven (Problematic Internet Use Questionnaire, PIUQ-9) elért összpontszám alapján csoportosítja a résztvevőket: 0 = internethasználat hiánya vagy problémamentes internethasználat jelenléte, 1 = problémás internethasználat jelenléte (a PIUQ-9 mentén elért legalább 22 pont esetén) (Koronczai et al., 2011)
Közösségi oldalak használata	**Közösségi oldalak használatának átlagos napi gyakorisága az elmúlt 30 nap során**[3]**:** hatfokozatú ordinális változó, melynek szélső értékei: 0 = Nem használt, 5 = Naponta átlagosan több mint 5 órát használt	**Közösségi oldalak problémás használatának jelenléte:** dichotóm változó, mely a Bergen Közösségimédia-függőségi Kérdőíven (Bergen Social Media Addiction Scale, BSMAS) elért összpontszám alapján csoportosítja a résztvevőket: 0 = közösségimédia-használat hiánya vagy nem problémás használat, 1 = problémás közösségimédia-használat (abban az esetben, ha a résztvevő a kérdőív legalább 4 tételén legalább az „időnként" válaszlehetőséget jelöli meg) (Andreassen, Torsheim, et al., 2012; Bányai et al., 2017)
Videójáték	**Videójátékkal töltött idő átlagos napi gyakorisága az elmúlt 30 nap során:**[3] ötfokozatú ordinális változó, melynek szélső értékei: 0 = Nem használt, 4 = Naponta átlagosan több mint 3 órát játszott	**Problémás videójáték-használat jelenléte:** dichotóm változó, mely a Tíztételes Internetes-játék-használati Zavar Teszten (Ten-Item Internet Gaming Disorder Test, IGDT-10) elért összpontszám alapján csoportosítja a résztvevőket: 0 = videójáték-használat hiánya vagy problémamentes játék jelenléte, 1 = problémás videójáték-használat jelenléte (dichotóm értékelésű IGDT-10 tételeket használva legalább 5 pont esetén) (Király et al., 2017)

3 A mutató egy összesített intenzitást mérő változó, amelyet az átlagos hétköznapokon és hétvégi napokon jellemző használat gyakoriságát mérő változók súlyozott kombinációjából számítottunk ki. Mindkét változó esetében a válaszopciók szélső értékei: 0 = Soha nem szoktam internetezni / közösségi oldalakat használni/játszani, 8 = Több mint 8 órát. Az összesített intenzitást mérő változó számítása során először egy, az egész hétre vonatkoztatott, az átlagos napi gyakoriságokat súlyozó (hétköznapi gyakoriság ötszörös, míg a hétvégi napokra jellemző gyakoriság kétszeres súllyal, illetve az egyes válaszkategóriák által kódolt időtartam-tartományok középértékét felhasználva), folytonos változókat hoztunk létre, majd ezt követően az eredeti kategóriáknak megfelelő ordinális változókat hoztunk létre a könnyebb értelmezhetőség érdekében.

	Magatartás intenzitásának mutatója	Kockázatos magatartások mutatója
Szerencsejáték	**Szerencsejáték-használat gyakorisága:** négyfokozatú ordinális változó, melynek szélső értékei: 1 = soha nem játszott még életében, 4 = az elmúlt hónapban is játszott	**Közepes vagy magas szintű problémás szerencsejáték-használat jelenléte**: dichotóm változó, mely a Szerencsejáték Súlyossága Kérdőíven (Problem Gambling Severity Index, PGSI) elért összpontszám alapján csoportosítja a résztvevőket: 0 = szerencsejáték-használat hiánya vagy legfeljebb alacsony szintű problémák jelenléte a szerencsejátékhoz kapcsolódóan, 1 = közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használat (a PGSI-n elért legalább 3 pont esetén) (Ferris & Wynne, 2001; Gyollai et al., 2013)
Testedzés és sportolás	**Sportolás gyakorisága**: hatfokozatú ordinális változó, melynek szélső értékei: 1 = soha nem sportolt, 6 = az elmúlt évben naponta sportolt	**A testedzésfüggőség rizikójának jelenléte:** dichotóm változó, mely a Testedzés Addikció Kérdőíven (Excercise Addiction Inventory, EAI) elért összpontszám alapján csoportosítja a résztvevőket: 0 = legalább heti rendszerességű sportolás hiánya, vagy problémamentes testedzés, vagy testedzésfüggőségi tünetek jelenléte a függőség-rizikó hiányában, 1 = testedzésfüggőség rizikójának jelenléte (az EAI módosított változatán elért legalább 29 pont esetén) (Szabó et al., 2019; Terry et al., 2004)
Evészavar	–	**Az evészavarokra való rizikó jelenléte:** dichotóm változó, mely a SCOFF Kérdőíven elért összpontszám alapján csoportosítja a résztvevőket: 0 = nincs jelen rizikó az evészavarokra, 1 = rizikó jelenléte az evészavarokra (a SCOFF Kérdőíven elért legalább 2 pont esetén) (Dukay-Szabó et al., 2016; Morgan et al., 1999)
Vásárlás	**Kedvtelésből történő vásárlás gyakorisága:** hatfokozatú ordinális változó, melynek szélső értékei: 1 = soha nem vásárolt kedvtelésből, 6 = az elmúlt évben naponta vásárolt kedvtelésből	**Kényszeres vásárlás kockázatának jelenléte:** dichotóm változó, mely a Richmond Kompulzív Vásárlás Skálán (Richmond Compulsive Buying Scale, RCBS) elért összpontszám alapján csoportosítja a résztvevőket: 0 = kedvtelésből történő vásárlás hiánya vagy rizikómentes vásárlás, 1 = kényszeres vásárlás kockázatának jelenléte (a RCBS mentén elért legalább 25 pont esetén) (Maráz et al., 2015; Ridgway et al., 2008)
Munka	**Munkával töltött idő mértéke:** folytonos változó, mely az elmúlt évben egy átlagos héten a munkával töltött órák számát adja meg	**Munkafüggőség kockázatának jelenléte:** dichotóm változó, mely a Bergen Munkafüggőség Skála (Bergen Work Addiction Scale, BWAS) mentén elért összpontszám alapján csoportosítja a résztvevőket: 0 = munkavégzés hiánya, vagy nincs rizikó a munkafüggőségre, 1 = munkafüggőség kockázatának jelenléte (abban az esetben, ha a résztvevő a kérdőív legalább 4 tételén legalább az „inkább jellemző” válaszlehetőséget jelöli meg) (Andreassen, Griffiths, et al., 2012; Orosz et al., 2016)

2. A KÜLÖNBÖZŐ SZERHASZNÁLÓ MAGATARTÁSOK ÉS ADDIKTÍV VISELKEDÉSI FORMÁK KAPCSOLÓDÁSA AZOK INTENZITÁSA ALAPJÁN

2.1. Magatartások intenzitása alapján azonosítható kapcsolatok a felnőtt lakosság körében

A különböző szerhasználó magatartások és addiktív viselkedési formák intenzitása közötti korrelációkat a magyarországi 18–64 éves népesség körében a 2. táblázat mutatja be. Az egyes magatartások szempontjából a szignifikáns korrelációk mintázatát az alábbiak szerint lehet összefoglalni:

1. A drogfogyasztás gyakorisága:
   - pozitív irányú és közepes erősségű ($0,30 \le r < 0,50$) kapcsolatban állt a nagyivás gyakoriságával, az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás gyakoriságával és a sportolás gyakoriságával;
   - pozitív irányú és gyenge ($0,10 \le r < 0,30$) együttjárást mutatott a dohányzás mértékével, az internethasználat gyakoriságával, a közösségimédia-használat gyakoriságával, a videójátékkal töltött idővel és a kedvtelésből való vásárlás gyakoriságával.
2. A nagyivás gyakorisága:
   - pozitívan és közepesen erősen korrelált a drogfogyasztás és az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás gyakoriságával;
   - pozitívan és gyengén függött össze a dohányzás mértékével, a közösségimédia-használat gyakoriságával, a videójátékkal töltött idővel, a szerencsejáték gyakoriságával, a sportolás gyakoriságával és a munkával töltött idő mértékével.
3. Az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás gyakorisága:
   - pozitív és közepes erősségű korrelációt mutatott a drogfogyasztás és a nagyivás gyakoriságával;
   - pozitív és kismértékű együttjárást mutatott a dohányzás mértékével és a kedvtelésből való vásárlás gyakoriságával;
   - negatív és gyenge ($-0,30 < r \le -0,10$) összefüggésben állt az internethasználat gyakoriságával és a munkával töltött idő mértékével.
4. A dohányzás mértéke:
   - pozitívan és gyengén járt együtt a drogfogyasztás gyakoriságával, a nagyivás gyakoriságával, az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás gyakoriságával, a videójátékkal töltött idővel, a szerencsejáték gyakoriságával és a munkával töltött idő mértékével;
   - negatív irányú és gyenge korrelációban állt a sportolás és a kedvtelésből való vásárlás gyakoriságával.

5. Az internethasználat gyakorisága:
   - pozitívan és erősen ($r \geq 0,50$) kapcsolódott a közösségimédia-használat gyakoriságával;
   - pozitív irányú és közepes erősségű összefüggésben állt a videójátékkal töltött idővel és a sportolás gyakoriságával;
   - pozitív és kismértékű együttjárást mutatott a drogfogyasztás gyakoriságával, a kedvtelésből való vásárlás gyakoriságával és a munkával töltött idő mértékével;
   - negatívan és gyengén járt együtt az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás gyakoriságával.
6. A közösségimédia-használat gyakorisága:
   - pozitívan és erősen járt együtt az internethasználat gyakoriságával;
   - pozitív és közepes erősségű kapcsolatban állt a videójátékkal töltött idővel;
   - pozitív és gyenge korrelációt mutatott a drogfogyasztás gyakoriságával, a nagyivás gyakoriságával, a sportolás gyakoriságával és a kedvtelésből való vásárlás gyakoriságával.
7. A videójátékkal töltött idő:
   - pozitív irányban és közepes mértékben járt együtt az internethasználat és a közösségimédia-használat gyakoriságával;
   - pozitívan és gyengén kapcsolódott a drogfogyasztás gyakoriságával, a nagyivás gyakoriságával, a dohányzás mértékével és a sportolás gyakoriságával;
   - negatívan és gyenge mértékben korrelált a munkával töltött idő mértékével.
8. A szerencsejáték gyakorisága pozitív irányú és gyenge összefüggésben állt a nagyivás gyakoriságával és a dohányzás mértékével.
9. A sportolás gyakorisága:
   - pozitívan és közepesen erősen járt együtt a drogfogyasztás és az internethasználat gyakoriságával;
   - pozitívan és gyengén korrelált a nagyivás gyakoriságával, a közösségimédia-használat gyakoriságával, a videójátékkal töltött idővel és a kedvtelésből való vásárlás gyakoriságával;
   - negatív és gyenge összefüggést mutatott a dohányzás mértékével.
10. A kedvtelésből való vásárlás gyakorisága:
   - pozitívan és gyengén függött össze a drogfogyasztás gyakoriságával, az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás gyakoriságával, az internethasználat gyakoriságával, a közösségimédia-használat gyakoriságával és a sportolás gyakoriságával;
   - negatív irányban és gyengén járt együtt a dohányzás mértékével.

11. A munkával töltött idő:
- pozitív irányú és gyenge erősségű kapcsolatban állt a nagyivás gyakoriságával, a dohányzás mértékével és az internethasználat gyakoriságával;
- negatív és gyenge korrelációt mutatott az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás gyakoriságával és a videójátékkal töltött idővel.

2. táblázat: A különböző szerhasználó magatartások és addiktív viselkedési formák intenzitását kifejező mutatók közötti korrelációk a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, r)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. Drogfogyasztás gyakorisága	–									
2. Nagyivás gyakorisága	0,46***	–								
3. Nyugtató-/altatófogyasztás gyakorisága orvosi javaslat nélkül	0,49***	0,30***	–							
4. Dohányzás mértéke	0,20**	0,26***	0,17*	–						
5. Internethasználat gyakorisága	0,19***	0,04	–0,22***	–0,03	–					
6. Közösségimédia-használat gyakorisága	0,11**	0,17***	–0,07	0,06	0,71***	–				
7. Videójátékkal töltött idő	0,24**	0,16*	0,04	0,19***	0,45***	0,36***	–			
8. Szerencsejáték gyakorisága	0,03	0,17***	0,05	0,23***	–0,05	0,03	0,07	–		
9. Sportolás gyakorisága	0,32***	0,14***	0,06	–0,11**	0,36***	0,19***	0,28***	0,03	–	
10. Kedvtelésből való vásárlás gyakorisága	0,17**	0,00	0,19**	–0,10**	0,26***	0,18***	0,08	–0,08*	0,27***	–
11. Munkával töltött idő mértéke	–0,06	0,18***	–0,23***	0,10***	0,12***	0,02	–0,14**	0,08**	0,03	0,01

Megjegyzés: Szignifikancia-szint: *p<0,050; **p<0,010; ***p<0,001

2.2. Magatartások intenzitása alapján azonosítható kapcsolatok a budapesti fiatal felnőtt lakosság körében

A 3. táblázat mutatja be a különböző szerhasználati és viselkedési formák intenzitása közötti korrelációkat a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság körében. Az egyes magatartások szempontjából a szignifikáns korrelációk mintázatát az alábbiak szerint lehet összefoglalni:

1. A drogfogyasztás gyakorisága:
   - pozitív irányú és közepes erősségű ($0,30 \leq r < 0,50$) kapcsolatban állt a nagyivás gyakoriságával, az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás gyakoriságával és videójátékkal töltött idővel;
   - pozitív irányú és gyenge ($0,10 \leq r < 0,30$) együttjárást mutatott a dohányzás mértékével, a szerencsejáték gyakoriságával, a sportolás gyakoriságával és a kedvtelésből való vásárlás gyakoriságával.
2. A nagyivás gyakorisága:
   - pozitívan és közepesen erősen korrelált a drogfogyasztás és a szerencsejáték gyakoriságával;
   - pozitívan és gyengén függött össze az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás gyakoriságával, a dohányzás mértékével, a közösségimédia-használat gyakoriságával, a videójátékkal töltött idővel és a munkával töltött idő mértékével.
3. Az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás gyakorisága:
   - pozitív és közepes erősségű korrelációt mutatott a drogfogyasztás gyakoriságával;
   - pozitív és kismértékű együttjárást mutatott a nagyivás gyakoriságával, dohányzás mértékével, a videójátékkal töltött idővel, a szerencsejáték gyakoriságával, a sportolás gyakoriságával és a kedvtelésből való vásárlás gyakoriságával.
4. A dohányzás mértéke:
   - pozitív irányú és közepes erősségű kapcsolatban állt a szerencsejáték gyakoriságával;
   - pozitívan és gyengén járt együtt a drogfogyasztás gyakoriságával, a nagyivás gyakoriságával, az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás gyakoriságával, az internethasználat gyakoriságával, a videójátékkal töltött idővel, a kedvtelésből való vásárlás gyakoriságával és a munkával töltött idő mértékével.
5. Az internethasználat gyakorisága:
   - pozitívan és erősen ($r \geq 0,50$) kapcsolódott a közösségimédia-használat gyakoriságával;

- pozitív irányú és közepes erősségű összefüggésben állt a videójátékkal töltött idővel;
- pozitív és kismértékű együttjárást mutatott a dohányzás mértékével.

6. A közösségimédia-használat gyakorisága:
   - pozitívan és erősen járt együtt az internethasználat gyakoriságával;
   - pozitív és gyenge korrelációt mutatott a nagyivás gyakoriságával és a sportolás gyakoriságával.
7. A videójátékkal töltött idő:
   - pozitív irányban és közepes mértékben járt együtt a drogfogyasztás gyakoriságával, az internethasználat gyakoriságával és a szerencsejáték gyakoriságával;
   - pozitívan és gyengén kapcsolódott a nagyivás gyakoriságával, az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás gyakoriságával, a dohányzás mértékével és a kedvtelésből való vásárlás gyakoriságával;
   - negatívan és gyenge mértékben ($-0,30<r\leq-0,10$) korrelált a munkával töltött idő mértékével.
8. A szerencsejáték gyakorisága:
   - pozitív irányú és közepes erősségű összefüggésben állt a nagyivás gyakoriságával, a dohányzás mértékével, a videójátékkal töltött idővel és a kedvtelésből való vásárlás gyakoriságával;
   - pozitívan és gyengén járt együtt a drogfogyasztás gyakoriságával, az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás gyakoriságával, a sportolás gyakoriságával és a munkával töltött idő mértékével.
9. A sportolás gyakorisága:
   - pozitívan és közepesen erősen járt együtt a kedvtelésből való vásárlás gyakoriságával;
   - pozitívan és gyengén korrelált a drogfogyasztás gyakoriságával, az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás gyakoriságával, a közösségimédia-használat gyakoriságával és a szerencsejáték-használat gyakoriságával.
10. A kedvtelésből való vásárlás gyakorisága:
    - pozitív irányú és közepes erősségű kapcsolatban állt a szerencsejáték és a sportolás gyakoriságával;
    - pozitívan és gyengén függött össze a drogfogyasztás gyakoriságával, az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás gyakoriságával, a dohányzás mértékével és a videójátékkal töltött idővel.
11. A munkával töltött idő:
    - pozitív irányú és gyenge erősségű kapcsolatban állt a nagyivás gyakoriságával, a dohányzás mértékével és a szerencsejáték gyakoriságával;
    - negatív irányú és gyenge korrelációt mutatott a videójátékkal töltött idővel.

3. táblázat: A különböző szerhasználó magatartások és addiktív viselkedési formák intenzitását kifejező mutatók közötti korrelációk a budapesti 18–34 éves fiatal felnőttek körében (a BLS 2019 vizsgálat adatai alapján, r)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. Drogfogyasztás gyakorisága	–									
2. Nagyivás gyakorisága	0,39***	–								
3. Nyugtató-/altatófogyasztás gyakorisága orvosi javaslat nélkül	0,38***	0,25***	–							
4. Dohányzás mértéke	0,27***	0,24***	0,18**	–						
5. Internethasználat gyakorisága	0,03	0,00	–0,05	0,18***	–					
6. Közösségi-média–használat gyakorisága	0,02	0,22***	0,06	0,05**	0,53***	–				
7. Videójátékkal töltött idő	0,38***	0,21***	0,14*	0,18***	0,30***	0,01	–			
8. Szerencsejáték gyakorisága	0,22***	0,32***	0,24***	0,34***	–0,09***	0,07***	0,32***	–		
9. Sportolás gyakorisága	0,19***	0,08***	0,28***	–0,02	0,05**	0,10***	0,09***	0,17***	–	
10. Kedvtelésből való vásárlás gyakorisága	0,19***	–0,05*	0,24***	0,19***	0,06**	0,04	0,19***	0,40***	0,37***	–
11. Munkával töltött idő mértéke	0,02	0,23**	0,02	0,22***	–0,02	0,06***	–0,11***	0,24***	–0,03	0,09***

Megjegyzés: Szignifikancia-szint: *p<0,050; **p<0,010; ***p<0,001

3. A KÜLÖNBÖZŐ SZERHASZNÁLÓ MAGATARTÁSOK ÉS ADDIKTÍV VISELKEDÉSEK KOCKÁZATOS FORMÁI KÖZÖTTI ÖSSZEFÜGGÉSEK

3.1. Kockázatos magatartások közötti kapcsolatok a felnőtt lakosság körében

A különböző szerhasználó magatartások és addiktív viselkedések kockázatos formái közötti korrelációkat a magyarországi 18–64 éves lakosság körében a 4. táblázat szemlélteti. Az egyes kockázatos magatartások szempontjából a szignifikáns korrelációk mintázatát az alábbiak szerint lehet összefoglalni:

1. A folyamatos drogfogyasztás pozitív és gyenge ($0,10 \leq \varphi < 0,30$) korrelációt mutatott a kockázatos alkoholfogyasztással, a közepes vagy magas szintű nikotinfüggőséggel, a problémás internethasználattal és a közösségi oldalak problémás használatával.

2. A kockázatos alkoholfogyasztás pozitívan és gyengén járt együtt a folyamatos drogfogyasztással, az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztással, a közepes vagy magas szintű nikotinfüggőséggel, a problémás internethasználattal és a közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használattal.

3. Az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás elmúlt évi előfordulása pozitív irányban és gyenge erősség mellett függött össze a kockázatos alkoholfogyasztással, a problémás internethasználattal, a közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használattal, az evészavarok rizikójával és a kényszeres vásárlás kockázatával.

4. A közepes vagy magas szintű nikotinfüggőség pozitív és gyenge kapcsolatban állt a folyamatos drogfogyasztással, a kockázatos alkoholfogyasztással és a közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használattal.

5. A problémás internethasználat:
- pozitív irányú és közepes erősségű ($0,30 \leq \varphi < 0,50$) korrelációt mutatott a közösségi oldalak problémás használatával;
- pozitívan és gyengén járt együtt a folyamatos drogfogyasztással, a kockázatos alkoholfogyasztással, az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztással, a közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használattal, az evészavarok rizikójával és a munkafüggőség kockázatával.

6. A közösségi oldalak problémás használata:
- pozitívan és közepesen erősen korrelált a problémás internethasználattal;
- pozitívan és kismértékben függött össze a folyamatos drogfogyasztással, a közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használattal, az evészavarok rizikójával és a munkafüggőség kockázatával.

7. A közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használat pozitív és gyenge együttjárást mutatott a kockázatos alkoholfogyasztással, az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztással, a közepes vagy magas szintű nikotinfüggőséggel, a problémás internethasználattal, a közösségi oldalak problémás használatával, az evészavarok rizikójával és a munkafüggőség kockázatával.

8. Az evészavarok rizikója pozitívan és gyengén járt együtt az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztással, a problémás internethasználattal, a közösségi oldalak problémás használatával és a közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használattal.

9. A kényszeres vásárlás kockázata pozitív és gyenge kapcsolatban állt az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztással.

10. A munkafüggőség kockázata pozitívan és kismértékben járt együtt a problémás internethasználattal és a közösségi oldalak problémás használatával.

A különböző szerhasználó magatartások és addiktív viselkedések kockázatos formái mögött feltételezett látens struktúra azonosítása érdekében feltáró faktorelemzést végeztünk, melynek legfőbb eredményeit az 5. táblázat mutatja be a felnőtt lakosság körében. A feltáró faktorelemzés keretében egy kétfaktoros modell került elfogadásra. Az 1. faktorra minden kockázatos magatartás szignifikáns, pozitív irányú és közepes-erős faktortöltést mutatott. Azaz ezt a látens faktort egy „általános addiktológiai rizikó"-dimenziónak lehet tekinteni, amely akár egy, a különböző addiktológiai problémák együttes jelenlétére hajlamosító, közös sérülékenység-faktort is kifejezhet. A 2. faktorra szignifikánsan, pozitívan és erősen töltött a kockázatos alkoholfogyasztás jelenléte; szignifikánsan, pozitívan és közepesen erősen töltött a közepes vagy magas szintű nikotinfüggőség jelenléte; szignifikánsan, pozitívan és gyengén töltött a tényleges folyamatos drogfogyasztás jelenléte; ugyanakkor szignifikáns, negatív és közepesen erős töltést mutatott a problémás internethasználatnak, a közösségi oldalak problémás használatának és az evészavarok rizikójának jelenléte. Így az ezen a látens faktoron elért magasabb érték a kockázatos szerhasználati formák jelenlétének magasabb szintjére utalhat, egyes rizikós viselkedési formák hiánya mellett. Összességében, a felnőtt lakosság körében végzett feltáró faktorelemzés révén azonosítható volt egy „általános addiktológiai rizikófaktor", amely a különböző kockázatos szerhasználó magatartások és addiktív viselkedések közös varianciájának legnagyobb részét magyarázta, míg ezen általános faktor hatásán túl feltárható volt még egy specifikus faktor, amely a kockázatos szerhasználat jelenlétét ragadta meg rizikós addiktív viselkedési formák nélkül. Ennek a specifikus faktornak alacsonyabb volt az információtartalma, mint az általános faktornak.

4. táblázat: A különböző szerhasználó magatartások és addiktív viselkedések kockázatos formái közötti korrelációk a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, φ)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Folyamatos drogfogyasztás	–								
2. Kockázatos alkoholfogyasztás	0,25***	–							
3. Nyugtató-/altatófogyasztás orvosi javaslat nélkül az elmúlt évben	0,06*	0,23***	–						
4. Közepes vagy magas szintű nikotinfüggőség	0,10**	0,26***	0,08**	–					
5. Problémás internethasználat	0,18***	0,17***	0,12***	0,06	–				
6. Közösségi oldalak problémás használata	0,10**	0,09**	0,08*	0,07*	0,47***	–			
7. Közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használat	0,04	0,17***	0,11***	0,10***	0,14***	0,16***	–		
8. Rizikó az evészavarokra	0,02	0,09**	0,16***	0,02	0,23***	0,25***	0,12***	–	
9. Kényszeres vásárlás kockázata	0,04	0,04	0,10**	0,03	0,08**	0,05	0,08**	0,09**	–
10. Munkafüggőség kockázata	0,08**	0,08**	–0,04	0,07**	0,23***	0,16***	0,06*	0,04	0,00

Megjegyzés: Szignifikancia-szint: *p<0,050; **p<0,010; ***p<0,001

5. táblázat: A különböző szerhasználó magatartások és addiktív viselkedések kockázatos formái mögött azonosított látens struktúra a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	1. faktor: „Általános addiktológiai rizikó" λ (S.E.)	2. faktor: „Kockázatos szerhasználat rizikós viselkedési formák nélkül" λ (S.E.)
Folyamatos drogfogyasztás	0,60 (0,09)***	0,25 (0,11)*
Kockázatos alkoholfogyasztás	0,81 (0,05)***	0,67 (0,13)***
Nyugtató-/altatófogyasztás orvosi javaslat nélkül az elmúlt évben	0,61 (0,09)***	0,08 (0,10)
Közepes vagy magas szintű nikotinfüggőség	0,40 (0,05)***	0,38 (0,09)***
Problémás internethasználat	0,82 (0,06)***	-0,39 (0,10)***
Közösségi oldalak problémás használata	0,74 (0,06)***	-0,45 (0,10)***
Közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használat	0,54 (0,07)***	0,01 (0,12)

	1. faktor: „Általános addiktológiai rizikó" λ (S.E.)	2. faktor: „Kockázatos szerhasználat rizikós viselkedési formák nélkül" λ (S.E.)
Rizikó az evészavarokra	0,52 (0,06)***	-0,31 (0,09)***
Kényszeres vásárlás kockázata	0,38 (0,10)***	-0,05 (0,14)
Munkafüggőség kockázata	0,48 (0,07)***	-0,15 (0,11)
Faktor sajátérték	3,94	1,50
Megjegyzések: λ (S.E.): standardizált faktortöltés a kapcsolódó standard hiba értékkel Szignifikancia-szint: *p<0,050; **p<0,010; ***p<0,001		

3.2. Kockázatos magatartások közötti kapcsolatok a budapesti fiatal felnőtt lakosság körében

A 6. táblázat foglalja össze a budapesti fiatal felnőtt lakosság körében a különböző szerhasználó magatartások és addiktív viselkedések kockázatos formái közötti korrelációkat. Az egyes kockázatos magatartások szempontjából a szignifikáns korrelációk mintázatát az alábbiak szerint lehet összefoglalni:

1. A folyamatos drogfogyasztás:
   - pozitív és közepes erősségű ($0{,}30 \leq \varphi < 0{,}50$) kapcsolat mellett járt együtt a kockázatos alkoholfogyasztással;
   - pozitív és gyenge ($0{,}10 \leq \varphi < 0{,}30$) korrelációt mutatott a közepes vagy magas szintű nikotinfüggőséggel és a közösségi oldalak problémás használatával.

2. A kockázatos alkoholfogyasztás:
   - pozitív irányban és közepesen erősen korrelált a folyamatos drogfogyasztással;
   - pozitívan és gyengén járt együtt az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztással, a közepes vagy magas szintű nikotinfüggőséggel, a problémás internethasználattal, a közösségi oldalak problémás használatával, a közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használattal és az evészavarok rizikójával.

3. Az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás elmúlt évben való előfordulása pozitív irányban és gyenge erősség mellett függött össze a kockázatos alkoholfogyasztással, a közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használattal és az evészavarok rizikójával.

4. A közepes vagy magas szintű nikotinfüggőség pozitív és gyenge kapcsolatban állt a folyamatos drogfogyasztással, a kockázatos alkoholfogyasztással, a közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használattal és a kényszeres vásárlás kockázatával.

5. A problémás internethasználat:
- pozitív irányú és közepes erősségű korrelációt mutatott a közösségi oldalak problémás használatával;
- pozitívan és gyengén járt együtt a kockázatos alkoholfogyasztással, a közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használattal, az evészavarok rizikójával, a kényszeres vásárlás kockázatával és a munkafüggőség kockázatával.

6. A közösségi oldalak problémás használata:
- pozitívan és közepesen erősen korrelált a problémás internethasználattal;
- pozitív és kismértékben függött össze a folyamatos drogfogyasztással, a kockázatos alkoholfogyasztással, az evészavarok rizikójával, a kényszeres vásárlás kockázatával és a munkafüggőség kockázatával.

7. A közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használat pozitív és gyenge együttjárást mutatott a kockázatos alkoholfogyasztással, az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztással, a közepes vagy magas szintű nikotinfüggőséggel, a problémás internethasználattal, az evészavarok rizikójával és a munkafüggőség kockázatával.

8. Az evészavarok rizikója pozitívan és gyengén járt együtt a kockázatos alkoholfogyasztással, az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztással, a problémás internethasználattal, a közösségi oldalak problémás használatával, a közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használattal, a kényszeres vásárlás kockázatával és a munkafüggőség kockázatával.

9. A testedzésfüggőség rizikója pozitív és gyenge korrelációt mutatott a kényszeres vásárlás kockázatával.

10. A kényszeres vásárlás kockázata pozitív és gyenge kapcsolatban állt a közepes vagy magas szintű nikotinfüggőséggel, a problémás internethasználattal, a közösségi oldalak problémás használatával, az evészavarok rizikójával és a munkafüggőség rizikójával.

11. A munkafüggőség kockázata pozitívan és kismértékben járt együtt a problémás internethasználattal, a közösségi oldalak problémás használatával, a közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használattal, az evészavarok rizikójával és a kényszeres vásárlás kockázatával.

6. táblázat: A különböző szerhasználó magatartások és addiktív viselkedések kockázatos formái közötti korrelációk a budapesti 18–34 éves fiatal felnőttek körében (a BLS 2019 vizsgálat adatai alapján, φ)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. Folyamatos drogfogyasztás	–									
2. Kockázatos alkoholfogyasztás	0,32***	–								
3. Nyugtató-/altatófogyasztás orvosi javaslat nélkül az elmúlt évben	0,09***	0,14***	–							
4. Közepes vagy magas szintű nikotinfüggőség	0,11***	0,13***	0,03*	–						
5. Problémás internethasználat	0,06***	0,17***	0,06***	0,05**	–					
6. Közösségi oldalak problémás használata	0,10***	0,11***	0,04*	0,01	0,55***	–				
7. Közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használat	0,08***	0,29***	0,11***	0,15***	0,16***	0,08***	–			
8. Rizikó az evészavarokra	0,04*	0,10***	0,12***	0,06**	0,21***	0,17***	0,10***	–		
9. Rizikó a testedzésfüggőségre	0,01	0,01	0,09***	0,02	0,04*	0,06**	0,02	0,05**	–	
10. Kényszeres vásárlás kockázata	0,01	0,05**	0,08***	0,10***	0,16***	0,12***	0,06***	0,14***	0,19***	–
11. Munkafüggőség kockázata	0,02	0,07***	0,06***	0,00	0,14***	0,12***	0,13***	0,17***	0,05**	0,14***

Megjegyzés: Szignifikancia-szint: *p<0,050; **p<0,010; ***p<0,001

A 7. táblázat mutatja be a feltáró faktorelemzés eredményeként kapott látens struktúrát, mely a különböző kockázatos szerhasználó magatartások és addiktív

viselkedési formák együttjárását magyarázhatja a budapesti fiatal felnőtt lakosság körében. A feltáró faktorelemzés révén egy háromfaktoros struktúra illeszkedése bizonyult a legmegfelelőbbnek. Mindegyik kockázatos szerhasználó magtartás és addiktív viselkedési forma szignifikáns, pozitív irányú és közepes-erős kapcsolatot mutatott az 1. faktorral. Ezáltal, hasonlóan a felnőtt lakosság körében megfigyeltekhez, ezt a látens faktort egy „általános addiktológiai rizikó"-dimenziónak lehet tekinteni, amely akár egy, a különböző addiktológiai problémák együttes jelenlétére hajlamosító, közös sérülékenység-faktort is kifejezhet. A 2. faktorra szignifikánsan, pozitívan és erősen töltött a folyamatos drogfogyasztás és a kockázatos alkoholfogyasztás jelenléte; szignifikánsan, pozitívan és gyengén a közepes vagy magas szintű nikotinfüggőség jelenléte; szignifikánsan, negatívan és közepesen a testedzésfüggőségre való rizikó és a kényszeres vásárlás kockázatának a jelenléte; illetve szignifikánsan, negatívan és gyengén az evészavarokra való rizikónak és a munkafüggőség kockázatának a jelenléte. Azaz ez a látens faktor a kockázatos alkohol- és drogfogyasztásra utalhat egyes rizikós addiktív viselkedési formák hiánya mellett. A 3. faktor tekintetében szignifikáns, pozitív irányú és erős faktortöltés mutatkozott a problémás internethasználat és a közösségi oldalak problémás használatának jelenléte esetében; az evészavarokra való rizikónak és a munkafüggőség kockázatának jelenléte szignifikáns, pozitív irányú és gyenge töltést mutatott ezen a faktoron; míg a közepes vagy magas szintű nikotinfüggőség jelenléte szignifikáns, negatív irányú és gyenge kapcsolatot mutatott ezzel a faktorral. Ez a látens faktor tehát elsődlegesen a problémás internet- és közösségimédia-használat együttes jelenlétére való rizikót fejezheti ki, ugyanakkor egyes kockázatos addiktív viselkedési formák jelenléte is jellemző lehet emellett. Összességében, a fiatal felnőttek körében végzett feltáró faktorelemzés során azonosított struktúrában az általános addiktológiai rizikófaktor nyújtotta a legnagyobb információtartalmat a közös variancia magyarázatára, míg az ezen az általános faktoron túl azonosított két specifikus faktor (elsődlegesen a kockázatos alkohol- és drogfogyasztást, illetve a problémás internet- és közösségioldal-használatot megragadva) információtartalma alacsonyabb volt, mint az 1. faktoré.

7. táblázat: A különböző szerhasználati és viselkedési formák kockázatos használata mögött azonosított látens struktúra a budapesti 18–34 éves fiatal felnőttek körében (a BLS 2019 vizsgálat adatai alapján)

	1. faktor: „Általános addiktológiai rizikó" λ (S.E.)	2. faktor: „Kockázatos alkohol- és drogfogyasztás rizikós viselkedési formák nélkül" λ (S.E.)	3. faktor: „Elsődlegesen problémás internet- és közösségimédia-használat" λ (S.E.)
Folyamatos drogfogyasztás	0,43 (0,08)***	0,56 (0,09)***	0,02 (0,06)
Kockázatos alkoholfogyasztás	0,71 (0,07)***	0,60 (0,11)***	−0,01 (0,03)
Nyugtató-/altatófogyasztás orvosi javaslat nélkül az elmúlt évben	0,57 (0,06)***	0,01 (0,08)	−0,08 (0,10)
Közepes vagy magas szintű nikotinfüggőség	0,39 (0,05)***	0,15 (0,07)*	−0,21 (0,06)***
Problémás internethasználat	0,63 (0,05)***	−0,01 (0,03)	0,65 (0,09)***
Közösségi oldalak problémás használata	0,50 (0,06)***	0,02 (0,03)	0,85 (0,09)***
Közepesen vagy kifejezetten problémás szerencsejáték-használat	0,73 (0,05)***	0,19 (0,10)	−0,08 (0,08)
Rizikó az evészavarokra	0,55 (0,05)***	−0,18 (0,07)*	0,20 (0,07)**
Rizikó a testedzésfüggőségre	0,52 (0,10)***	−0,48 (0,14))***	−0,07 (0,13)
Kényszeres vásárlás kockázata	0,63 (0,06)***	−0,44 (0,11)***	0,02 (0,04)
Munkafüggőség kockázata	0,51 (0,06)***	−0,22 (0,08)**	0,17 (0,08)*
Faktor sajátérték	4,16	1,65	1,26

Megjegyzések: λ (S.E.): standardizált faktortöltés a kapcsolódó standard hiba értékkel
Szignifikancia-szint: *p<0,050; **p<0,010; ***p<0,001

4. A KOCKÁZATOS MAGATARTÁSOK EGYÜTTES JELENLÉTÉNEK ELTERJEDTSÉGE ÉS MINTÁZÓDÁSA

4.1. A kockázatos magatartások együttes jelenlétének elterjedtsége a felnőtt lakosság körében

A 8. táblázatban láthatóak a kockázatos szerhasználó magatartások vagy addiktív viselkedések együttes jelenlétének elterjedtségi mutatói a magyarországi 18–64 éves népesség körében. A felnőtt lakosság több mint felére nem volt jellemző egyetlen kockázatos használati forma jelenléte sem (58,2% ±2,6), a felnőtt népesség több mint negyede esetében egy kockázatos szerhasználó magatartás vagy addiktív viselkedés volt jelen (28,1% ±2,4), míg 13,7%-uk (±1,8) körében legalább két kockázatos szerhasználó magatartás és/vagy addiktív viselkedésegyüttes jelenléte volt jellemző. Szignifikáns, gyenge hatásméretű nemi különbség mutatkozott ezen kategóriák elterjedtségében ($\chi^2(2)=54,88$;

$p<0,001$; $V=0,20$). Míg a nők körében gyakrabban fordult elő, hogy nem volt jellemző egyetlen kockázatos szerhasználó magatartás vagy addiktív viselkedési forma sem, a férfiak esetében az egy, illetve legalább két kockázatos addiktív magatartás együttes jelenléte volt jellemzőbb.

A 9. táblázat a kockázatos szerhasználó magatartások vagy addiktív viselkedések páronkénti, együttes elterjedtségét mutatja be. A legmagasabb prevalencia-értékek a kockázatos alkoholhasználat és a közepes vagy magas szintű nikotinfüggőség (4,6% ±1,2), illetve a problémás internethasználat és a közösségi oldalak problémás használatának (3,1% ±1,1) együttes jelenléte esetén voltak megfigyelhetők.

8. táblázat: A kockázatos szerhasználó magatartások és/vagy viselkedési addikciók együttes előfordulási gyakorisága nemek szerint és összesen a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Nincs jelen kockázatos szerhasználó magatartás vagy addiktív viselkedés	648	48,0	737	67,2	<0,001	1385	58,2	±2,6
Egy kockázatos szerhasználó magatartás vagy addiktív viselkedés jelenléte		33,5		23,3			28,1	±2,4
Legalább két kockázatos szerhasználó magatartás vagy addiktív viselkedés együttes jelenléte		18,5		9,5			13,7	±1,8
Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.								

9. táblázat: A kockázatos szerhasználó magatartások vagy addiktív viselkedések együttes előfordulásai a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	Prevalencia a teljes lakosságban (±95% CI)	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Folyamatos drogfogyasztás	1,4% (±0,7)	–								
2. Kockázatos alkoholfogyasztás	6,2% (±1,3)	0,8%	–							
3. Nyugtató-/altató-fogyasztás orvosi javaslat nélkül az elmúlt évben	2,9% (±0,9)	0,2%	1,1%	–						
4. Közepes vagy magas szintű nikotinfüggőség	29,3% (±2,5)	0,9%	4,6%	1,4%	–					

	Prevalencia a teljes lakosságban (±95% CI)	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
5. Problémás internethasználat	5,9% (±1,3)	0,6%	1,4%	0,6%	2,2%	–				
6. Közösségi oldalak problémás használata	5,9% (±1,4)	0,4%	0,8%	0,4%	2,4%	3,1%	–			
7. Közepes vagy magas szintű problémás szerencsejáték-használat	4,9% (±1,2)	0,2%	1,2%	0,6%	2,4%	1,0%	1,1%	–		
8. Rizikó az evészavarokra	7,2% (±1,4)	0,2%	1,0%	0,9%	2,4%	1,8%	1,9%	1,1%	–	
9. Kényszeres vásárlás kockázata	1,6% (±0,7)	0,1%	0,2%	0,2%	0,6%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	–
10. Munkafüggőség kockázata	5,1% (±1,2)	0,3%	0,7%	0,0%	2,1%	1,4%	1,1%	0,6%	0,6%	0,1%

Megjegyzések: A kereszttáblázatban az egyes cellákban látható százalékos értékek az adott két kockázatos magatartás együttes jelenlétének elterjedtségét mutatja meg a magyarországi 18–64 éves népesség körében.

4.2. A kockázatos magatartások együttes jelenlétének elterjedtsége a budapesti fiatal felnőtt lakosság körében

A budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt népesség körében azonosított kockázatos szerhasználó magatartások vagy addiktív viselkedések együttes jelenlétének prevalencia-értékeit a 10. táblázat mutatja be. A fiatal felnőttek 14,8%-ára (±1,1) volt jellemző legalább két kockázatos szerhasználó magatartás és/vagy addiktív viselkedés együttes jelenléte; 26,9%-uk (±1,4) esetében egy kockázatos szerhasználó magatartás vagy addiktív viselkedés volt jelen, míg 58,3%-uk (±1,6) körében nem volt jelen egyetlen kockázatos magatartás sem. A fiatal felnőttek körében megfigyelt prevalencia-érték a legalább két kockázatos magatartás együttes jelenlétére vonatkozóan nem tért el szignifikánsan a felnőtt lakosságban megfigyelt elterjedtségtől.

A kockázatos szerhasználó magatartások vagy addiktív viselkedések gyakorisága mentén szignifikáns, kis hatásméretű nemi különbség volt megfigyelhető a budapesti fiatal felnőttek körében ($\chi^2(2)=65,50$; $p<0,001$; $V=0,13$). A felnőtt népesség körében országosan kapott nemi mintázathoz hasonlóan: a nők körében gyakrabban fordult elő a kockázatos szerhasználó magatartások vagy addiktív viselkedések hiánya, míg a férfiak körében magasabb prevalencia-értékek voltak láthatóak az egy, illetve legalább két kockázatos addiktív magatartás együttes jelenlétét leíró kategóriák tekintetében.

Az egyes kockázatos magatartások együttes jelenlétére vonatkozó prevalencia-adatokat a 11. táblázat mutatja be. A legmagasabb prevalencia-értékek a problémás internethasználat és a közösségi oldalak problémás használata (3,2% ±0,6), a közepes vagy magas szintű nikotinfüggőség és az evészavarokra vonatkozó rizikó (2,8% ±0,5), illetve a kockázatos alkoholhasználat és a közepes vagy magas szintű nikotinfüggőség (2,7% ±0,5) együttes jelenléte esetén voltak láthatóak.

10. táblázat: A kockázatos szerhasználó magatartások vagy addiktív viselkedési formák együttes előfordulási gyakorisága nemek szerint és összesen a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság körében (a BLS 2019 adatfelvétel alapján, a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Nincs jelen kockázatos szerhasználó magatartás vagy addiktív viselkedés		51,7		64,5			58,3	±1,6
Egy kockázatos szerhasználó magatartás vagy addiktív viselkedésjelenléte	1879	31,5	2010	22,5	<0,001	3890	26,9	±1,4
Legalább két kockázatos szerhasználó magatartás vagy addiktív viselkedés együttes jelenléte		16,8		13,0			14,8	±1,1

Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum.

11. táblázat: A kockázatos szerhasználó magatartások vagy addiktív viselkedések együttes előfordulásai a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság körében (a BLS 2019 adatfelvétel alapján, a válaszolók százalékában)

	Prevalencia a fiatal felnőttek körében (±95% CI)	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. Folyamatos drogfogyasztás	4,9% (±0,7)	–									
2. Kockázatos alkoholfogyasztás	5,2% (±0,7)	1,8%	–								
3. Nyugtató-/altatófogyasztás orvosi javaslat nélkül az elmúlt évben	1,9% (±0,4)	0,4%	0,5%	–							
4. Közepes vagy magas szintű nikotinfüggőség	27,9% (±1,4)	2,5%	2,7%	0,7%	–						

	Prevalencia a fiatal felnőttek körében (±95% CI)	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
5. Problémás internethasználat	6,6% (±0,8)	0,7%	1,3%	0,3%	2,3%	–					
6. Közösségi oldalak problémás használata	4,8% (±0,7)	0,7%	0,8%	0,2%	1,4%	3,2%	–				
7. Közepes vagy magas szintű problémás szerencse-játék-használat	3,1% (±0,6)	0,5%	1,3%	0,3%	2,0%	0,9%	0,4%	–			
8. Rizikó az evészavarokra	7,8% (±0,9)	0,6%	1,0%	0,6%	2,8%	1,9%	1,4%	0,7%	–		
9. Rizikó a testedzés-függőségre	0,7% (±0,3)	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	–	
10. Kényszeres vásárlás kockázata	3,9% (±0,6)	0,2%	0,4%	0,3%	1,9%	1,0%	0,7%	0,3%	1,0%	0,3%	–
11. Munkafüggőség kockázata	4,0% (±0,6)	0,3%	0,5%	0,2%	1,1%	0,9%	0,7%	0,6%	1,2%	0,1%	0,7%

Megjegyzések: A kereszttáblázatban az egyes cellákban látható százalékos értékek az adott két kockázatos magatartás együttes jelenlétének elterjedtségét mutatják meg a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság körében.

4.3. A kockázatos magatartások együttes jelenlétének mintázódása a felnőtt lakosság körében

A kockázatos szerhasználó magatartások vagy addiktív viselkedések együttes jelenlétének a mintázódását a legfőbb szociodemográfiai jellemzők mentén elsőként leíró-statisztikai módszerek felhasználásával elemeztük a magyarországi felnőtt lakosság körében, melyet a 12. és a 13. táblázat mutat be. A kockázatos szerhasználó magatartások vagy addiktív viselkedések együttes előfordulásának gyakorisága nem mutatott szignifikáns összefüggést az életkorral (kategorikus és folytonos változó esetén sem) és a településmérettel sem. A vizsgált jellemzők közül egyedül a várható iskolai végzettséggel volt tapasztalható szignifikáns és gyenge összefüggés. A legalább felsőfokú végzettséggel rendelkezők körében fordult elő leggyakrabban, hogy egyetlen kockázatos magatartás sem volt jellemző, és körükben volt a legalacsonyabb elterjedtsége az egy, illetve a legalább két kockázatos magatartás együttes jelenlétének. Ezzel szemben a 8 általános vagy annál alacsonyabb, valamint a szakmunkás végzettségűek körében volt a legalacsonyabb elterjedtsége a kockázatos magatartások hiányának, illetve körükben fordult elő leggyakrabban az egy, illetve a legalább két kockázatos magatartás együttes jelenléte.

12. táblázat: A kockázatos szerhasználó magatartások vagy addiktív viselkedési formák együttes jelenlétének mintázódása a főbb szociodemográfiai tényezők mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	N	Nincs jelen kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma %	Egy kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma jelenléte %	Legalább két kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma együttes jelenléte %	χ^2 (df)	p	V
Korcsoport							
18–24	161	65,2	22,4	12,4	9,58 (8)	0,296	0,06
25–34	281	57,7	27,8	14,6			
35–44	354	55,1	29,4	15,5			
45–54	308	55,8	28,9	15,3			
55–64	282	61,0	29,1	9,9			
Településméret							
<50 000	909	58,4	29,2	12,4	8,09 (4)	0,088	0,05
≥50 000	245	56,3	24,5	19,2			
Budapest	231	58,9	27,7	13,4			
Várható legmagasabb iskolai végzettség							
8 általános vagy kevesebb	160	53,1	30,0	16,9	26,61 (6)	< 0,001	0,10
szakmunkás	485	51,8	33,2	15,1			
érettségi	477	60,0	26,8	13,2			
Felsőfok / egyetem utáni képzés	261	70,1	19,5	10,3			

Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V hatásméret-mutató.
A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre

13. táblázat: A kockázatos szerhasználó magatartások vagy addiktív viselkedési formák együttes jelenléte alapján képzett csoportok életkori jellemzői a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Nincs jelen kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma			Egy kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma jelenléte			Legalább két kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma együttes jelenléte			F	p	η^2
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD			
Életkor	804	41,62	13,38	389	42,45	12,89	190	40,98	12,13	0,93	0,396	0,00

Megjegyzések: N: válaszolók száma; M: átlag; SD: szórás; F: egyszempontos ANOVA-teszt statisztikája; p: szignifikancia-érték az F-statisztikához kapcsolódóan; η^2: Eta-négyzet hatásméret-mutató. A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.

A kockázatos szerhasználó magatartások vagy addiktív viselkedési formák együttes jelenlétének és a szociodemográfiai és pszichológiai tényezők kapcsolatának további elemzése multinomiális logisztikus regressziós modellek létrehozásával történt. E modellek kimeneti változója a kockázatos szerhasználó magatartások vagy addiktív viselkedési formák együttes jelenlétét kifejező változó volt. Ezen a változón a referenciakategóriát azok jelentették, akik esetében egyetlen kockázatos magatartás sem volt jellemző. Hozzájuk képest vizsgáltuk, hogy milyen tényezők magyarázzák azt, ha valakire egy, illetve ha legalább két kockázatos szerhasználó magatartás vagy addiktív viselkedési forma együttes jelenléte volt jellemző. A prediktor-változók és a kockázatos magatartások együttes előfordulásának kapcsolatát először páronként, más magyarázó változók hatását nemkontrollálva elemeztük. Ezt követően egy többváltozós modellt hoztunk létre, ENTER beléptetési módszerrel, melynek révén a modellünk egyszerre tartalmazta a szociodemográfiai és pszichológiai magyarázó változókat. Ezen multinomiális logisztikus regressziós modellek eredményeit a 14. táblázat mutatja be. Jelen fejezetben szövegesen csak a többváltozós modell eredményeit mutatjuk be.

A létrehozott többváltozós modell szignifikánsan jobb illeszkedést és predikciót nyújtott, mint a kiindulási, magyarázó változókat még nem tartalmazó modell ($\chi^2(54)=288{,}26$; $p<0{,}001$; Cox-Snell $R^2=0{,}28$; Nagelkerke $R^2=0{,}33$; McFadden $R^2=0{,}17$). A modell összességében 64,0%-ban helyesen jósolta be a résztvevők csoporttagságát. Azok körében, akik nem mutattak egyetlen kockázatos magatartást sem, 87,5% volt a modell klasszifikációs teljesítménye, míg a modell 28,5%-ban jósolta helyesen azokat, akikre egy kockázatos szerhasználó magatartás vagy addiktív viselkedési forma jelenléte volt jellemző, illetve 43,2%-ban azokat, akik legalább két kockázatos magatartás együttes jelenlétét mutatták. Összehasonlítva azokkal, akik nem mutattak egyetlen kockázatos magatartást sem, a várható legmagasabb iskolai végzettség, a nem, a családban előforduló kockázati magatartások száma, illetve a vallásosság magyarázta szignifikáns módon azt, hogy ha valaki egy kockázatos magatartással jellemezhető. A férfi nem (a nőkhöz képest), a szakmunkás végzettség (a legalább felsőfokú végzettségűekhez képest) és a családban előforduló kockázati magatartások száma[4] szignifikáns és pozitív kapcsolatban állt az egy kockázatos magatartás jelenlétével. A férfiakra a nőkhöz képest 98%-kal, a szakmunkásokra a legalább felsőfokú végzettségűekhez képest 76%-kal nagyobb eséllyel volt jellemző, hogy egy kockázatos használati formát mutassanak. A családban előforduló kockázati magatartások egységnyi növekedése pedig az egy kockázatos magatartás jelen-

4 Pl. dohányzás, alkoholhasználat, pszichiátriai kezelés.

létének 23%-kal nagyobb esélyével járt. Ezzel szemben a vallásosság jelenléte (a nem vallásosokkal / ateistákkal összevetve) szignifikáns és negatív összefüggést mutatott az egy kockázatos magatartás jelenlétével. Abban az esetben, ha a résztvevő vallásos (összehasonlítva a nem vallásosokkal / ateistákkal), 39%-kal kisebb eséllyel jellemző rá az egy kockázatos magatartás jelenléte.

A nem, a munkavégzéssel töltött idő, a családban előforduló rizikómagatartások száma, a vallásosság, az anómia[5], a szenzoros élménykeresés[6] és a testi tünetek[7] szignifikáns módon magyarázzák a legalább két kockázatos magatartás együttes jelenlétét. A férfi nem (a nőkhöz képest), a munkavégzéssel töltött idő, a családban előforduló rizikómagatartások száma, az anómia, a szenzoros élménykeresés és a testi tünetek szignifikáns és pozitív kapcsolatban állnak a legalább két kockázatos használati forma együttes jelenlétével. Egységnyi növekedés egy átlagos héten a munkavégzéssel töltött idő mentén 3%-kal, a családban előforduló rizikómagatartások száma mentén 60%-kal, az Anómia Skála mentén 6%-kal, a Szenzoros Élménykeresés Skála mentén 7%-kal, míg a Szubjektív Testi Tünet Skála mentén 233%-kal nagyobb a legalább két kockázatos magatartás együttes jelenlétének esélye. A nőkhöz képest a férfiakra 2,61-szer nagyobb eséllyel volt jellemző a legalább két kockázatos magatartás együttes jelenléte. Szignifikáns és negatív kapcsolat látható a vallásosság jelenléte (a nem vallásosokkal/ateistákkal összevetve) és a legalább két kockázatos magatartás együttes jelenléte között. Abban az esetben, ha a résztvevő vallásos (összehasonlítva a nem vallásosokkal / ateistákkal), 55%-kal kisebb eséllyel jellemző rá, hogy együttesen jelen legyen legalább két kockázatos magatartás.

5 Ha a személyre inkább jellemző a cél- és orientációnélküliség, illetve a normaszegő eszközök alkalmazásának preferenciája a célok elérése érdekében.

6 Ha a személyre inkább jellemző, hogy újszerű és intenzív élményeket keres, akár kockázatok árán is.

7 A megelőző négy hét során olyan tünetek jelenlétének gyakorisága, mint gyomorfájás, fejfájás vagy szédülés.

14. táblázat: Multinomiális logisztikus regressziós modellek: szociodemográfiai és pszichológiai tényezők kapcsolata a kockázatos szerhasználati vagy viselkedési formák jelenlétének számával a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések[8]				Többváltozós modell[9]			
	Egy kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma jelenléte		Legalább két kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma együttes jelenléte		Egy kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma jelenléte		Legalább két kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma együttes jelenléte	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Férfi nem (ref.: női nem)	2,00 [1,56–2,56]	<0,001	2,73 [1,97–3,79]	<0,001	1,98 [1,40–2,78]	<0,001	2,61 [1,48–4,61]	0,001
Életkor	1,00 [1,00–1,01]	0,306	1,00 [0,98–1,01]	0,538	1,00 [0,98–1,02]	0,935	1,01 [0,98–1,03]	0,554
Településméret (ref.: 50 ezer fő alatti lakosságú település)								
legalább 50 ezer fős vidéki város	0,87 [0,62–1,22]	0,412	1,58 [1,07–2,34]	0,021	0,65 [0,41–1,05]	0,077	0,65 [0,32–1,30]	0,220
Budapest	0,95 [0,68–1,32]	0,743	1,06 [0,68–1,65]	0,793	1,18 [0,75–1,86]	0,465	1,30 [0,63–2,68]	0,470
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: Felsőfok / egyetem utáni képzés)								
8 általános vagy kevesebb	2,00 [1,25–3,20]	0,004	2,11 [1,17–3,80]	0,013	2,17 [0,79–5,98]	0,133	1,30 [0,23–7,21]	0,767
szakmunkás	2,29 [1,59–3,31]	<0,001	1,93 [1,19–3,11]	0,007	1,76 [1,03–3,02]	0,040	1,44 [0,61–3,42]	0,407
érettségi	1,60 [1,10–2,32]	0,014	1,46 [0,90–2,38]	0,124	1,37 [0,83–2,25]	0,213	1,22 [0,55–2,69]	0,628

8 A páronkénti kapcsolatok tesztelése külön-külön elvégzett multinomiális logisztikus regressziós modellek keretében történt, melyben a kimeneti változó a kockázatos szerhasználati vagy viselkedési formák jelenlétének száma volt (referenciakategória = Nincs jelen egyetlen kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma sem; Kimeneti változók = (i) Egy kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma jelenléte és (ii) Legalább két kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma együttes jelenléte), míg a magyarázó változó az adott sorban megemlített változó volt.

9 Multinomiális logisztikus regressziós modell, melyben a kimeneti változó a kockázatos szerhasználati vagy viselkedési formák jelenlétének száma volt (referenciakategória = Nincs jelen egyetlen kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma sem; Kimeneti változók = (i) Egy kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma jelenléte és (ii) Legalább két kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma együttes jelenléte), míg magyarázó változóként az első oszlopban felsorolt változókat egyszerre tartalmazta a modell (N=876; 63,3%).

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések[8]				Többváltozós modell[9]			
	Egy kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma jelenléte		Legalább két kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma együttes jelenléte		Egy kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma jelenléte		Legalább két kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma együttes jelenléte	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Szakképzettség hiánya (ref.: szakképzetség megléte)	0,88 [0,63–1,22]	0,436	1,13 [0,75–1,71]	0,561	0,91 [0,45–1,84]	0,803	0,94 [0,31–2,83]	0,909
Intergenerációs képzettségi mobilitás (ref.: felfelé történő mobilitás)								
nincs mobilitás	0,96 [0,74–1,23]	0,727	0,90 [0,64–1,25]	0,522	0,74 [0,51–1,07]	0,111	0,67 [0,37–1,22]	0,192
lefelé történő mobilitás	1,43 [0,77–2,66]	0,260	1,65 [0,78–3,50]	0,194	0,98 [0,41–2,35]	0,963	1,57 [0,44–5,60]	0,487
Munkavégzéssel töltött idő (órák száma)	1,00 [1,00–1,01]	0,474	1,01 [1,01–1,02]	0,003	1,01 [1,00–1,02]	0,170	1,03 [1,01–1,05]	0,001
Háztartás havi nettó jövedelme (ref.: 400 ezer Ft vagy több)*								
125 ezer Ft vagy kevesebb	2,33 [1,02–5,35]	0,046	0,92 [0,30–2,80]	0,884	–		–	
126–180 ezer Ft	2,64 [1,44–4,85]	0,002	1,46 [0,73–2,95]	0,287	–		–	
181–255 ezer Ft	1,26 [0,73–2,17]	0,407	0,72 [0,38–1,34]	0,297	–		–	
256–380 ezer Ft	1,37 [0,82–2,28]	0,227	0,40 [0,21–0,76]	0,006	–		–	
381–400 ezer Ft	0,93 [0,50–1,70]	0,806	0,73 [0,37–1,44]	0,365	–		–	
Hátrányos anyagi helyzet	1,23 [1,09–1,39]	0,001	1,16 [0,99–1,37]	0,071	0,98 [0,76–1,26]	0,872	0,78 [0,53–1,14]	0,202
Háztartásméret	0,93 [0,85–1,03]	0,155	1,01 [0,89–1,14]	0,877	0,96 [0,83–1,11]	0,605	1,23 [0,99–1,52]	0,065
Együttélő kapcsolat hiánya (ref.: kapcsolat megléte)*	1,13 [0,82–1,55]	0,455	1,26 [0,84–1,90]	0,261	–		–	
Családban előforduló kockázati magatartások száma	1,27 [1,15–1,40]	<0,001	1,77 [1,58–1,98]	<0,001	1,23 [1,08–1,41]	0,002	1,60 [1,36–1,90]	<0,001

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések[8]				Többváltozós modell[9]			
	Egy kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma jelenléte		Legalább két kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma együttes jelenléte		Egy kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma jelenléte		Legalább két kockázatos szerhasználati vagy viselkedési forma együttes jelenléte	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Vallásosság (ref.: Nem vallásos / ateista)								
vallásos	0,55 [0,42–0,71]	<0,001	0,36 [0,25–0,51]	<0,001	0,61 [0,43–0,87]	0,006	0,45 [0,24–0,82]	0,010
nem tudja	0,90 [0,51–1,57]	0,706	1,84 [1,05–3,24]	0,035	0,90 [0,44–1,84]	0,777	1,59 [0,67–3,81]	0,295
Anómia	1,06 [1,04–1,08]	<0,001	1,10 [1,07–1,13]	<0,001	1,02 [0,99–1,06]	0,230	1,06 [1,01–1,12]	0,025
Élettel való elégedettség (általános)	0,72 [0,63–0,83]	<0,001	0,64 [0,54–0,75]	<0,001	0,86 [0,68–1,08]	0,200	0,84 [0,59–1,19]	0,330
Társas integráció	0,85 [0,74–0,98]	0,026	1,00 [0,83–1,20]	0,972	1,01 [0,79–1,28]	0,942	1,19 [0,83–1,70]	0,352
Általános jóllét	0,92 [0,88–0,96]	<0,001	0,87 [0,83–0,92]	<0,001	0,97 [0,91–1,05]	0,472	0,97 [0,87–1,07]	0,516
Impulzivitás	1,05 [1,03–1,08]	<0,001	1,17 [1,13–1,21]	<0,001	0,98 [0,94–1,03]	0,508	1,01 [0,94–1,09]	0,803
Szenzoros élménykeresés	1,02 [1,00–1,05]	0,031	1,12 [1,09–1,15]	<0,001	1,01 [0,98–1,05]	0,430	1,07 [1,02–1,13]	0,004
Rumináció	1,05 [1,02–1,07]	<0,001	1,14 [1,11–1,18]	<0,001	1,01 [0,97–1,06]	0,495	1,04 [0,98–1,11]	0,166
Aggodalmaskodás	1,08 [1,03–1,13]	0,001	1,29 [1,23–1,36]	<0,001	1,01 [0,94–1,09]	0,752	1,09 [0,98–1,22]	0,120
Testi tünetek	1,86 [1,25–2,78]	0,002	5,04 [3,32–7,65]	<0,001	1,21 [0,66–2,23]	0,543	3,33 [1,56–7,09]	0,002
Mentalizáció: bizonyosság	0,82 [0,71–0,93]	0,003	0,46 [0,39–0,55]	<0,001	0,94 [0,73–1,21]	0,638	1,02 [0,67–1,54]	0,929
Mentalizáció: bizonytalanság	1,99 [1,38–2,89]	<0,001	4,69 [3,14–6,98]	<0,001	1,53 [0,90–2,62]	0,119	1,73 [0,84–3,54]	0,134

Megjegyzések. OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%-os konfidenciaintervallummal.
ref.: referenciakategória az adott változó tekintetében. A többváltozós modellben szignifikáns (p<0,050) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre. * A prediktor-változót nem tartalmazza a többváltozós modell, mivel azon nagyszámú hiányzó adat található.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Hetland, J. & Pallesen, S. (2012). Development of a work addiction scale: Development of a work addiction scale. *Scandinavian Journal of Psychology, 53*(3), 265–272. https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00947.x

Andreassen, C. S., Torsheim, T., Brunborg, G. S. & Pallesen, S. (2012). Development of a Facebook Addiction Scale. *Psychological Reports, 110*(2), 501–517. https://doi.org/10.2466/02.09.18.PR0.110.2.501-517

Bányai, F., Zsila, Á., Király, O., Maráz, A., Elekes, Zs., Griffiths, M. D., Andreassen, C. S. & Demetrovics, Zs. (2017). Problematic Social Media Use: Results from a Large-Scale Nationally Representative Adolescent Sample. *PLOS ONE, 12*(1), e0169839. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169839

Dukay-Szabó S., Simon D., Varga M., Szabó P., Túry F. & Rathner, G. (2016). Egy rövid evészavar-kérdőív (SCOFF) magyar adaptációja. *Ideggyógyászati Szemle, 69*(3–4). https://doi.org/10.18071/isz.69.E014

EMCDDA (1999). *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU.* Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), EMCDDA, Lisbon, Portugal.

Ferris, J., Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: Final report.* Canadian Centre on Substance Abuse.

Gerevich J., Bácskai E. & Rózsa S. (2006). A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatria Hungarica, 21*(1), 45–56.

Gyollai Á., Urbán R., Kun B., Kökönyei Gy., Eisinger A., Magi A. & Demetrovics Zs. (2013). A Szerencsejáték Súlyossága Kérdőív magyar változatának (PGSI-HU) bemutatása. *Psychiatria Hungarica, 26*(4), 274–280.

Király O., Sleczka, P., Pontes, H. M., Urbán R., Griffiths, M. D. & Demetrovics, Zs. (2017). Validation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) and evaluation of the nine DSM-5 Internet Gaming Disorder criteria. *Addictive Behaviors, 64*, 253–260. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.11.005

Koronczai, B., Urbán, R., Kökönyei, Gy., Paksi, B., Papp, K., Kun, B., Arnold, P., Kállai, J. & Demetrovics, Zs. (2011). Confirmation of the Three-Factor Model of Problematic Internet Use on Off-Line Adolescent and Adult Samples. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 14*(11), 657–664. https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0345

Maráz, A., Eisinger, A., Hende, B., Urbán, R., Paksi, B., Kun, B., Kökönyei, Gy., Griffiths, M. D. & Demetrovics, Zs. (2015). Measuring compulsive buying behaviour: Psychometric validity of three different scales and prevalence in the general population

and in shopping centres. *Psychiatry Research*, *225*(3), 326–334. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.080

Morgan, J. F., Reid, F. & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, *319*(7223), 1467–1468. https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467

Orosz, G., Dombi, E., Andreassen, C. S., Griffiths, M. D. & Demetrovics, Zs. (2016). Analyzing Models of Work Addiction: Single Factor and Bi-Factor Models of the Bergen Work Addiction Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *14*(5), 662–671. https://doi.org/10.1007/s11469-015-9613-7

Paksi B. (2007). A drogepidemiológia alapjai: a drogfogyasztás elterjedtségének mérése. In: Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai* I. (pp. 229–253.) Eötvös Kiadó, Budapest.

Ridgway, N. M., Kukar-Kinney, M. & Monroe, K. B. (2008). An Expanded Conceptualization and a New Measure of Compulsive Buying. *Journal of Consumer Research*, *35*(4), 622–639. https://doi.org/10.1086/591108

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, *88*(6), 791–804. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x

Svicher, A., Cosci, F., Giannini, M., Pistelli, F. & Fagerström, K. (2018). Item Response Theory analysis of Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Addictive Behaviors*, *77*, 38–46. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.09.005

Szabó, A., Pinto, A., Griffiths, M. D., Kovácsik, R. & Demetrovics, Zs. (2019). The psychometric evaluation of the Revised Exercise Addiction Inventory: Improved psychometric properties by changing item response rating. *Journal of Behavioral Addictions*, *8*(1), 157–161. https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.06

Tackett, J. L., Krieger, H., Neighbors, C., Rinker, D., Rodriguez, L. & Edward, G. (2017). Comorbidity of Alcohol and Gambling Problems in Emerging Adults: A Bifactor Model Conceptualization. *Journal of Gambling Studies*, *33*(1), 131–147. https://doi.org/10.1007/s10899-016-9618–6

Terry, A., Szabó, A. & Griffiths, M. (2004). The Exercise Addiction Inventory: A New Brief Screening Tool. *Addiction Research & Theory*, *12*(5), 489–499. https://doi.org/10.1080/16066350310001637363

FOGALOMTÁR

Aggodalmaskodás: az egyén állandó jelleggel, sok helyzetben és kontrollálhatatlanul aggódik, sokszor kis jelentőségű, már-már lényegtelen dolgok miatt is.

Alapsokaság (populáció): a vizsgálandó elemek elméletileg meghatározott összessége, melyre a →*mintavétel* segítségével következtetni szeretnénk (Babbie, 1999).

Anómia: a deviáns viselkedések klasszikus strukturalista megközelítésének egyik központi fogalma. A klasszikus anómiafogalom a társadalmi normák meggyengülésének állapotát jelenti (Durkheim, 2003/1897), illetve egyfajta strukturális feszültség állapotaként, a kulturálisan előírt célok és a megvalósításukra vonatkozó intézményes gyakorlatok (eszközök) közötti ellentmondásként értelmezhető (Merton, 2002/1968). A kötetben szereplő kutatások során az anómia fogalmát az újabb megközelítések (Andorka, 1994) alapján egy többdimenziós, a normaszegés, a hatalomnélküliség, az orientációhiány és az elidegenedés dimenzióit ötvöző fogalomként használjuk.

Bizonyosság: a →*mentalizáció* egyik típusa. Ezen dimenzió fokozott jelenléte arra utal, hogy a személy magabiztos vagy bizonyos abban, hogy mindig tudja, hogy a saját viselkedése és másoké milyen mentális állapotoknak tulajdonítható (ezt nevezzük hipermentalizációnak) (Fonagy et al., 2016).

Bizonytalanság: a →*mentalizáció* egyik típusa. Ezen dimenzió fokozott jelenléte arra utal, hogy a személy nehezen képes vagy akár képtelen értelmezni a mentális állapotokat a saját viselkedésének és mások viselkedésének magyarázata során (ezt nevezzük hipomentalizációnak) (Fonagy et al., 2016).

BNO – Betegségek Nemzetközi Osztályozása: *az Egészségügyi Világszervezet* (World Health Organization, WHO) kézikönyve, amely – a →DSM-hez hasonlóan – az egyes betegségek diagnosztikai kritériumait és csoportosítását tartalmazza. Bár már elfogadásra került a 11. változata, hivatalosan még a 10. változat hatályos.

Deprivációs index/mutató: kiindulópontja a többdimenziós hátrányos helyzet Townsend-féle koncepciója (Townsend, 1979), mely szerint az egyének és a családok anyagi státusát az életkörülmények komplex együttesével kell mérni.

DSM – Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders): a →BNO-hoz hasonlóan a DSM is az egyes betegségek diagnosztikai kritériumait és csoportosítását tartalmazza. Ez a kézikönyv az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kerül kiadásra, s jelenleg az 5. változata van használatban.

Epidemiológia: különböző jelenségek elterjedtségével foglalkozó tudomány. Az addiktológia területén az epidemiológiai paradigma alkalmazása lehetőséget ad a tárgykörébe tartozó, a „társadalmi érintkezés során terjedő" különféle magatartások – így az alkoholfogyasztás, a droghasználat, a dohányzás, illetve a különféle viselkedési addikciók – elterjedésének, előfordulási gyakoriságának, dinamikájának leírására, a rizikófaktorok körülhatárolására (Paksi, 2007).

Érvényesség (validitás): azt jelenti, hogy a mért változó tartalmilag megegyezik-e a kutatás konceptualizált fogalmával, azaz valóban azt a dolgot mérjük-e, amit mérni szeretnénk. Az érvényességnek több fajtáját különböztetjük meg. A tartalmi vagy terjedelmi érvényesség (content validity) azt fejezi ki, hogy mennyire fogja át a mérőeszköz a mérendő fogalom jelentéstartományát. A konstrukciós vagy szerkezeti érvényesség (construct validity) azon alapul, hogy milyen kapcsolatban van a mérőeszköz a többi változóval. Az egyeztetésen alapuló érvényesség (current validity) pedig az jelenti, hogy a mérőeszközzel kapott eredmény milyen mértékben egyezik meg más, már igazolt mérési eszközök eredményeivel. Az érvényesség a →*megbízhatóság* fogalmával együtt a mérés minőségének – sokszor egymással ellentmondásba kerülő – mutatója (Babbie, 1999).

Extrém intenzitású ivási magatartás (High-Intensity Drinking): 10 vagy több ital elfogyasztás egy alkalommal (Patrick & Azar, 2018). Egy ital = 1,5 dl bor, vagy egy pohár vagy kisüveg (3,3 dl) sör, 4-5 cl tömény, egy koktél vagy egy üveg (3,3 dl) előre összeállított, alkoholtartalmú üdítőital.

Faktorelemzés: olyan többváltozós statisztikai eljárás, melynek elsődleges célja a mért változók közötti kapcsolatrendszer alapján a változók mögötti látens struktúra feltárása, illetve a változók redukciója. Két alaptípusát különböztet-

hetjük meg: a feltáró vagy exploratív és a megerősítő vagy konfirmatív faktorelemzést (Rózsa, Nagybányai & Oláh, 2006; Székelyi & Barna, 2002).

Főkomponens-elemzés: a statisztikai eljárások azon fajtája, ahol egy változószettet alakítanak át lineáris transzformáció segítségével az eredetinél kisebb számú új változószetté. A létrejött új változókat főkomponensnek nevezzük, jellemzőjük, hogy korrelálatlanok egymással, és a kiinduló változószett által megjelenített információtömeg legnagyobb részét lehetőség szerint megőrzik (Székelyi & Barna, 2002).

Független mintás t-próba: a vizsgált populációban azonosítható független csoportok (pl. férfiak és nők) átlagolható jellemzőinek összehasonlítására, a csoportok átlagai közötti eltérés szignifikáns voltának megállapítására szolgáló próbastatisztikai eljárás.

Független változó: statisztikai elemzések során két vagy több változó közötti kapcsolat vizsgálatakor független változónak tekintjük azt a változót, amely várakozásaink szerint megmagyarázza a →*függő változó*t (Babbie, 1999).

Függő változó: Statisztikai elemzések során két vagy több változó közötti kapcsolat vizsgálatakor függő változónak tekintjük a megmagyarázandó változót (Babbie, 1999).

Impulzivitás: személyiségvonás, amely arra utal, hogy az egyén hajlamos hirtelen jött késztetéseinek engedni, s így mérlegelés és megfontolás nélkül cselekedni. Az impulzív személyre jellemző a tervezés, valamint a cselekedetei hosszú távú következményei figyelembevételének a hiánya s ily módon a rövid távú előnyök vagy jutalmak preferálása a hosszabb távúakkal szemben.

Intergenerációs (nemzedékek közötti) képzettségi mobilitás: a mobilitás azon fajtája, amikor valakinek a képzettségi státusa a szüleihez képest változik meg. Iránya szerint megkülönböztetünk felfelé (amikor pl. a szakmunkás végzettségű szülő gyermeke diplomás lesz) és lefelé mobilitást (amikor pl. a diplomás szülő gyermekének a legmagasabb iskolai végzettsége szakmunkás bizonyítvány). Jelen kötetben nők esetében az anya, férfiak esetében az apa végzettségéhez képest történő elmozdulás esetén beszélünk intergenerációs képzettségi mobilitásról (Róbert, 1990).

Látens profil elemzés (latent profile analysis – LPA): egy statisztikai csoportkereső eljárás, amelynek célja az egyének klaszterekbe/csoportokba sorolása egy vagy több folytonos változó (indikátor) alapján. Az eljárás feltételezése, hogy léteznek látens (nem megfigyelt) profilok, amelyek válaszmintázatokat hoznak létre az indikátor-változók alapján.

Logisztikus regresszió: a →*többváltozós elemzés*ek egyik csoportja, melyet akkor alkalmaznak, ha a →*függő változó* dichotóm, a *független változó*k pedig magas mérési szintű vagy kategoriális változók (Székelyi & Barna, 2002).

Megbízhatóság (reliabilitás): a mérés, illetve a mérőeszköz stabilitását jelenti, vagyis azt, hogy ismételt mérések alkalmával – az egyéb körülmények változatlansága mellett – ugyanazokat az eredményeket kapjuk. A megbízhatóság az →érvényesség fogalmával együtt a mérés minőségének – sokszor egymással ellentmondásba kerülő – mutatója (Babbie, 1999).

Mentalizáció: azon képességünk, hogy megértsük a saját belső mentális állapotainkat és a másokét (érzelmeket, gondolatokat, szükségleteket, szándékokat). Ld. még →*bizonyosság*, →*bizonytalanság* (Fonagy et al., 2016).

Mintavétel: az az eljárás, mellyel kiválasztjuk a kutatásba bevont egységeket (→*mintavételi egység*). Két alaptípusát különíthetjük el: a valószínűségi (→*véletlen mintavétel*), valamint a nem valószínűségi mintavételi eljárásokat. Az alapsokaságra általánosítható eredményeket csak a valószínűségi mintavételi eljárások eredményeznek (Rudas, 2006; Babbie, 1999; Falus & Ollé, 2008).

Mintavételi egység: azok az elemek vagy elemek azon csoportjai, melyeket a →*mintavétel* valamely fázisánál (a kiválasztáskor) tekintetbe veszünk. Többlépcsős mintavételek során az egyes lépcsőkben különböző mintavételi egységek lehetnek: ilyen esetekben az egyes lépésekben elsődleges, másodlagos, illetve végső mintavételi egységeket különböztethetünk meg. Például ha a mintaválasztás első lépcsőjében kiválasztjuk a városokat, második lépcsőjében a már kiválasztott városokban a kutatásba bevont iskolákat, végül az ott tanító pedagógusok köréből veszünk mintát, akkor az elsődleges mintavételi egységek a városok, a másodlagos egységek az iskolák, a végső mintavételi egységet pedig a tanárok jelentik (Babbie, 1999).

Nagyivás (Binge Drinking): 5 vagy több ital elfogyasztás egy alkalommal (Wechsler et al., 1994). Egy ital = 1,5 dl bor vagy egy pohár vagy kisüveg (3,3

dl) sör, 4-5 cl tömény, egy koktél vagy egy üveg (3,3 dl) előre összeállított, alkoholtartalmú üdítőital.

Prevalencia-érték: a mutató különböző magatartások elterjedtségének populációs arányait jelöli, különböző időtartamokra vonatkoztatva. Az életprevalencia (lifetime prevalence) az adott magatartást valaha kipróbálók arányát jelöli, míg az éves prevalencia (last year prevalence) az adott magatartással a kérdezést megelőző évben, illetve a havi prevalencia (last month prevalence) a kérdezést megelőző hónapban jellemezhetők arányát mutatja. Az éves prevalenciát szokás *közelmúltbeli*, a havi prevalenciát pedig *aktuális használatnak* is nevezni (Paksi, 2007).

Regresszió elemzés: a magyarázó modellek egy csoportja. Olyan eljárás, melynek során a metrikus függő változó viselkedését magas mérési szintű változókkal magyarázzuk. Attól függően, hogy ez a kapcsolat milyen függvénnyel írható le, beszélhetünk lineáris és nem lineáris regresszióról. Ha a magyarázandó jelenség kategoriális, logisztikus regresszióról beszélhetünk.

Rumináció: ha az egyén hajlamos negatív érzelmein, azok okain és következményein rágódni, képtelen felhagyni az önostorozással, és kizárólag arra tud koncentrálni, hogy mi az, amit elrontott.

Súlyozás: egy olyan eljárás, amikor a mintát néhány ellenőrizhető szempont szerint arányosítjuk, azaz utólag, a vizsgálat lefolytatását követően a populáció (→*alapsokaság*) arányaihoz igazíthatjuk a minta kisebb eltéréseit. A súlyozás csak olyan dimenziók mentén végezhető el, melyeknek együttes eloszlása a vizsgált populációban (alapsokaságban) is ismert. A mintában alulreprezentált csoportok tagjai 1-nél nagyobb, felülreprezentált tagjai pedig 1-nél kisebb súlyt kapnak. A súlyozás csak a minta és a populáció kismértékben eltérő arányainak korrigálására használható, ellenkező esetben nem korrigálja, hanem elfedi a minta hibáit. A súlyozás elfogadhatóságának megítéléséhez ismerni kell a legnagyobb és legkisebb súlyokat, illetve a súlyok eloszlását, csúcsosságát és ferdeségét. Amennyiben a súlyozás során alkalmazott súlyok átlaga 1, akkor a súlyozás csak a minta eloszlását befolyásolja, annak elemszámát nem. Ezt elemszámtartó súlyozásnak nevezzük. Amennyiben a súlyok átlaga valamilyen oknál fogva – például a súlyozás valamilyen részsokaság mintavétel során való szisztematikus felülreprezentálásának ellensúlyozása céljából történik, vagy a kiugró értékek visszafogása miatt – 1-től eltérő, a súlyozás után elemszámtartó korrekciót végezhetünk.

Szenzoros élménykeresés: személyiségvonás, amely a változatos, újszerű, összetett és intenzív élmények keresésében nyilvánul meg. A magas szenzoros élménykeresőkre jellemző a fizikai, valamint szociális, jogi és pénzügyi kockázatok vállalása (Zuckerman & Kuhlman, 2000).

Szerencsejáték: azok a játékok, ahol pénzért lehet fogadni és pénzt lehet vele nyerni. Pl. lottó, rulett, póker, sportfogadás stb.

Szignifikancia-szint: valószínűségi mutató, amely megmutatja, hogy az állítás a véletlennek vagy a vizsgált szisztematikus hatásnak tulajdonítható-e. Egy eredményt akkor nevezünk szignifikánsnak, ha a véletlen befolyásoló hatása kicsi. A mutató értéke 0 és 1 között változik, statisztikai szempontból szignifikánsnak a 0,001, illetve a 0,05 alatti értékeket tekintjük, a 0,05 és 0,1 közötti értékek esetében pedig tendenciáról beszélünk (Rózsa, Nagybányai & Oláh, 2006).

Szórás: a minta egyes elemeinek a minta átlagától való eltérését kifejező egyik legfontosabb mérőszám. Az egyes értékek számtani átlagtól való eltéréseinek négyzetes átlaga, azaz a variancia négyzetgyöke (Köves & Párniczky, 1981).

Többváltozós elemzés: a kettőnél több változó közötti kapcsolat vizsgálatára szolgáló statisztikai módszerek összefoglaló elnevezése (Székely & Barna, 2002).

Várható legmagasabb iskolai végzettség: a befejezett iskolai végzettség és az aktuálisan folytatott tanulmányok (lásd a 1.1. mellékletben szereplő 'A' kérdőív 3. és 5. kérdés) alapján képzett, a korábbi OLAAP-vizsgálatok során is (Paksi et al., 2009, 2017) alkalmazott változó.

Véletlen mintavétel: a →*mintavétel* azon – szigorú matematikai szabályok szerint lebonyolított – módja, amikor a sokaság minden tagjának egyenlő esélyt biztosítunk a mintába való bekerülésre. Többféle véletlen mintavételi eljárás létezik (egyszerű véletlen mintavétel, rétegzett mintavétel, egylépcsős vagy többlépcsős mintavétel), de abban mindegyik megegyezik, hogy a mintaválasztás minden lépésében biztosítja az azonos bekerülési esélyt. →*Alapsokaság*ra általánosítható eredményeket csak a valószínűségi mintavételi eljárások eredményeznek (Rudas, 2006; Babbie, 1999; Falus & Ollé, 2008).

Videójáték: olyan elektronikus játék, amelyet digitális eszközökön (pl. számítógép, játékkonzol, okostelefon) lehet játszani. Népszerű szabadidős tevékenység, amelyet egyedül vagy másokkal közösen lehet játszani, egyre komplexebb

és valósághűbb virtuális terekben. Számos játéktípus létezik, a legnépszerűbbek a lövöldözős játékok, az akció-kaland játékok, az online sokszereplős szerepjátékok, a sportjátékok stb. (Bányai et al., 2018; Nagygyörgy et al., 2013).

FELHASZNÁLT IRODALOM

Andorka R. (1994). Deviáns viselkedések Magyarországon. Általános értelmezési keret az elidegenedés és az anómia fogalmak segítségével. In Münnich I. & Moksony F. (szerk.): *Devianciák Magyarországon.* (pp. 32–77.) Budapest: Közélet Kiadó.

Babbie, E. (1999). *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata.* Budapest: Balassi Kiadó.

Bányai F., Zsila Á., Demetrovics Zs. & Király O. (2018). A problémás videójáték-használat újabb elméleti és gyakorlati megközelítései. *Információs Társadalom, 18*(1), 93–106.

Durkheim, E. (2003/1897). *Az öngyilkosság. Szociológiai tanulmány.* Budapest: Osiris Kiadó.

Falus I. & Ollé J. (2008). *Az empirikus kutatások gyakorlata. Adatfeldolgozás és statisztikai elemzés.* Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.

Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P. & Lowyck, B. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE, 11*(7), e0158678. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678

Köves P. & Párniczky G. (1981). Általános statisztika I–*II*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.

Merton, R. K. (2002/1968). *Társadalomelmélet és társadalmi struktúra.* Budapest: Osiris Kiadó.

Nagygyörgy K., Pápay O., Urbán R., Farkas J., Kun B., Griffiths, M. D. & Demetrovics Zs. (2013). Problémás online játék használat: szakirodalmi áttekintés. *Psychiatria Hungarica, 28*(2), 122–144.

Paksi B. (2007). A drogepidemiológia alapjai: a drogfogyasztás elterjedtségének mérése. In Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai I.* (pp. 256–294.) Budapest: Eötvös Kiadó.

Paksi B., Rózsa S., Kun B., Arnold P. & Demetrovics Zs. (2009). A magyar népesség addiktológiai problémái: Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 10*(4), 273–300.

Paksi B., Demetrovics Zs., Magi A. & Felvinczi K. (2017). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív la-

kossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 19(2), 55–85.

Patrick, M. E. & Azar, B. (2018). High-Intensity Drinking. *Alcohol Research: Current Reviews, 39*(1), 49–55.

Róbert P. (1990). Társadalmi mobilitás. In Andorka R., Kolosi T. & Vukovich Gy. (szerk.): *Társadalmi Riport*. (pp. 356–372.) Budapest: TÁRKI.

Rózsa S., Nagybányai N. O. & Oláh A. (szerk.) (2006). *A pszichológiai mérés alapjai. Elmélet, módszer és gyakorlati alkalmazás*. Budapest: Bölcsész Konzorcium. http://mek.oszk.hu/05500/05536/05536.pdf

Rudas T. (2006). *Közvéleménykutatás. Értelmezés és kritika*. Budapest: Corvina Kiadó.

Székelyi M. & Barna I. (2002). *Többváltozós elemzési technikák*. Budapest: Typotex Kiadó.

Townsend, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom: a survey of household resources and standards of living*. Harmondsworth: Penguin Books.

Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B. & Castillo, S. (1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college. A national survey of students at 140 campuses. *JAMA*, *272*(21), 1672–1677.

Zuckerman, M. & Kuhlman, D. M. (2000). Personality and risk-taking: common biosocial factors. *Journal of Personality, 68*(6), 999–1029.

MELLÉKLETEK

1. ADATFELVÉTELI BATTÉRIA

1.1. MELLÉKLET: 'A' KÉRDŐÍV

Az OLAAP 2019 és a BLS 2019 kutatások során a leginkább elterjedt pszichoaktív szerek / pszichoaktívszer-használó magatartások esetében az elterjedtség becslésére az EMQ kérdéseket kiegészítettük a Randomized Response Method (RRM) eljárás alkalmazására lehetőséget adó kérdésekkel. A lehetséges RRM-technikák közül az ún. független kérdéses elrendezést *(Unrelated Question Design)* alkalmaztuk, melynek során a mintánkat két almintára (A és B) osztottuk, és az egyik almintán véletlenítésre használt független (alternatív) kérdéseket a másik almintán a 23. kérdésben direkt kérdések formájában kérdeztük meg. Az 'A' alminta 23. kérdése megtalálható az 1.1 melléklet 23. kérdésénél, a 'B' alminta 23. kérdése pedig a következő volt:

23. **Most néhány, az élete különböző területével kapcsolatos kérdést olvasok fel Önnek. Kérem, válaszoljon rájuk igennel vagy nemmel!**

	1-igen	2-nem	9-nem tudja	x-vh
a.	A háztartás, amelynek tagja, előfizet-e valamilyen papíralapú vagy online újságra?			
b.	Van-e otthon internet-előfizetésük?			
c.	Részt vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen vallási alkalmon?			
d.	Részt-vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen baráti összejövetelen?			
e.	Részt vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen családi összejövetelen (olyan családtagokkal, akikkel nem él közös háztartásban)?			
f.	Olvasott-e az elmúlt héten valamilyen könyvet (hagyományos papíralapút vagy digitálisat, de nem tankönyvet)?			

Az OLAAP 2019 és a BLS 2019 kutatások 'A' kérdőíve némileg eltérő volt. Itt az OLAAP 2019 kutatás 'A' kérdőívét szerepeltetjük. Ezek közül a BLS 2019 kutatás 'A' kérdőívében a következő kérdések nem szerepeltek: 13., 42. és 43-as kérdés.



Eötvös Loránd Tudományegyetem
Pedagógiai és Pszichológiai Kar

1064 Budapest, Izabella utca 46.
+36-1-461-2681

klinadd@ppk.elte.hu
http://www.ppk.elte.hu

A									
alminta	régió/ kerület		településméret	korcsoport	sorszám				

A VÁLASZADÁS ÖNKÉNTES!

OLAAP 2019

„A" KÉRDŐÍV

KÉRDEZŐ NEVE:										
TELEPÜLÉSNÉV + KÓD:										
KÉRDEZÉS KEZDETE:	2019.	HÓNAP	NAP	ÓRA	PERC					

Ennek a kérdőívnek a kitöltésével Ön egy **tudományos kutatáshoz nyújt segítséget**, amelyet az Országos Tudományos Kutatási Alap támogatása keretében az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kara végez.

A kérdőív elsősorban életmóddal, szokásokkal kapcsolatos kérdéseket tartalmaz, és szeretnénk megismerni néhány dologgal kapcsolatban az Ön személyes érzéseit, gondolatait is. A közelmúltban, illetve az elkövetkező években **számos országban folytak, illetve folynak ilyen és ehhez hasonló kutatások,** s ennek a kutatássorozatnak része ez a vizsgálat is.

A kutatás során összesen közel 2000 embert kérdezünk meg. Önt a lakosság nyilvántartásával foglalkozó hivatal adatai alapján **véletlenszerűen választottuk ki**, s ezáltal egyike lett azoknak, akiknek a segítségét kérjük, hogy részt vegyen a vizsgálatban.

Ez a kérdőív névtelen, nem tartalmazza az Ön nevét és egyetlen olyan információt sem, amely alapján azonosítani lehetne Önt. Az Ön nevét és címét nem párosítjuk össze az Ön válaszaival. Az eredményeket csak összesített formában mutatjuk be, ezek a beszámolók semmiféle egyénre visszavezethető adatot nem tartalmaznak.

A kérdőív kitöltése természetesen önkéntes. Ön a kérdezés folyamán is bármikor jelezheti, ha egy kérdésre nem kíván válaszolni. Nekünk azonban nagyon fontos, hogy minél több személy válaszait megismerjük.

Kérjük, segítse munkánkat azzal, hogy vállalja a részvételt**, és hogy minél több kérdésünkre őszintén és megfontoltan válaszol!**

Demetrovics Zsolt	Felvinczi Katalin	Paksi Borbála
ELTE PPK Pszichológiai Intézet	ELTE PPK Pszichológiai Intézet	ELTE PPK Neveléstudományi Intézet

1. A KÉRDEZETT NEME

1 - FÉRFI 2 - NŐ

NE KÉRDEZD, CSAK KÓDOLD!

2. Ön melyik évben született?

ÉVSZÁMOT ÍRJ! X

BESZÉLGETÉSÜNK ELEJÉN ELSŐKÉNT ARRA KÉRNÉM, HOGY A TANULMÁNYAIVAL KAPCSOLATBAN VÁLASZOLJON NÉHÁNY KÉRDÉSEMRE!

3. Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége

HA TÖBB VÉGZETTSÉGE IS VAN, AKKOR A LEGMAGASABBAT JELÖLD!

1 kevesebb mint 8 általános
2 8 általános
3 szakmunkásképző; szakképzés érettségi nélkül
4 szakközépiskolai érettségi (szakgimnázium)
5 gimnáziumi érettségi
6 középiskola utáni nem felsőfokú szakképzés, középfokú technikum
7 felsőfokú szakképzés, felsőfokú technikum (nem főiskola)
8 főiskolai diploma / BA / BSC
9 egyetemi diploma / MA / MSC / osztatlan
10 egyetem utáni képzés, doktori iskola (PhD, DLA)
X

4. Jelenleg jár-e Ön iskolába, s ha igen, milyen tagozaton?
(Folytat-e tanulmányokat iskolarendszerű (pl. OKJ-s) oktatás keretében?)

1 igen, nappali képzésben
2 igen, esti képzésben
3 igen, levelező képzésben (távoktatás, e-learning képzés is)
4 nem jár iskolába
X

4 ÉS X ESETÉN UGRÁS A 6. KÉRDÉSRE!

5. Milyen típusú iskolába jár?

1 általános iskola
2 szakközépiskola 1-3 évfolyam
3 szakközépiskola 4-5 évfolyam
4 szakgimnázium
5 gimnázium
6 középiskola utáni nem felsőfokú szakképzés, középfokú technikum
7 felsőfokú szakképzés, felsőfokú technikum (nem főiskola)
8 felsőoktatás, BA/BSc képzés
9 felsőoktatás, MA/MSc vagy osztatlan képzés
10 egyetem utáni képzés, doktori iskola (PhD, DLA)
X

6. Hány évig tanult eddigi életében összesen? Beleértve a nappali, esti, levelező tagozatokat, kiegészítő képzéseket és a kötelező iskolai oktatás éveit is.

.... évet 99 – nem tudja X

A 7. KÉRDÉST CSAK AZOKTÓL KÉRDEZZÜK, AKIK A 3. KÉRDÉSNÉL 1-ES, 2-ES VAGY 5-ÖS VAGY X VÁLASZT ADTAK. MINDEN EGYÉB ESETBEN UGRÁS A 8. KÉRDÉSRE!

7. Milyen szakképzettsége(i) van(nak)?

1 van szakképzettsége, éspedig...
0 nincs szakképzettsége
X

8. Jelenleg dolgozik-e Ön, végez-e valamilyen kereső tevékenységet?

1 igen
0 nem
X

1 ESETÉN UGRÁS A 11. KÉRDÉSRE!

9. Amennyiben nem dolgozik, miért nem?

1 tanuló
2 GYES-en lévő, főállású anya, ápolási segélyen van
3 munkanélküli, álláskeresési járadékban, segélyben részesül
4 munkanélküli, ellátás nélkül
5 háztartásbeli
6 nyugdíjas (öregségi, rokkant, özvegyi stb.)
7 egyéb eltartott
X

10. Korábban dolgozott-e?

1 igen
0 nem, soha nem volt munkája/munkahelye
X

1 ESETÉN UGRÁS A 12. KÉRDÉSRE!

0 ÉS X ESETÉN UGRÁS A 14. KÉRDÉSRE!

11. Az elmúlt évben, egy olyan átlagos héten, amikor dolgozott, hány órát töltött munkavégzéssel?
Kérem, csak a jövedelmet biztosító tevékenységekre gondoljon!

.... órát 99 – nem tudja X

HA LEGALÁBB 40 ÓRÁT TÖLT MUNKAVÉGZÉSSEL, AKKOR A 13. KÉRDÉS UTÁN ADJUK ÁT AZ 1. SKÁLALAPOT!

MOST ARRA KÉRNÉM, HOGY A MUNKAHELYEIVEL, MUNKÁJÁVAL KAPCSOLATBAN VÁLASZOLJON NÉHÁNY KÉRDÉSEMRE!

12. Összesen hány munkahelyen dolgozott eddigi élete során?

.... munkahelye/munkája volt 99 – nem tudja X

HA ÖSSZESEN 1 MUNKAHELYE VOLT, AKKOR 13.1. SORT NEM KÉRDEZZÜK!

13. A továbbiakban néhány dolgot szeretnénk megtudni a jelenlegi (ennek hiányában a legutolsó), illetve a leghosszabb ideig tartó munkájáról/munkahelyéről! Mióta dolgozik jelenlegi munkahelyén?

	Mikortól (évszám)				Meddig (évszám)				Jellege	Munkaköre, beosztása			Vállalat/szervezet típusa	Rendszeresség I	Rendszeresség II.	helyszín
	9999- nem tudja				X-Vh											
13.1. Jelenlegi/utolsó																
13.2. Leghosszabb																

JELENLEGI MUNKAHELY ESETÉN: MEDDIG = 2019
HA A LEGHOSSZABB MUNKAHELYE MEGEGYEZIK A JELENLEGIVEL, AKKOR A 13.2 MIKORTÓL CELLÁBA 1111-ET KÓDOLUNK, ÉS A SORT ÜRESEN HAGYJUK!

A TÁBLÁZATBA KÓDOKAT ÍRUNK, KIVÉVE A BEOSZTÁS/MUNKAKÖR OSZLOPOT, AHOL SZÖVEGESEN IS ÍRJUK BE A KÉRDEZETT VÁLASZÁT!

Munkaviszony jellege

1 határozatlan idejű munkaszerződés
2 határozott idejű munkaszerződés
3 egyéni vállalkozó, önfoglalkoztató tulajdonos
4 havonta számlát ad
5 egy adott megbízásra szól
6 alkalmi munkavállalói könyvvel van foglalkoztatva
7 nincs írásos munkaszerződése

Vállalat/szervezet típusa

1 kormányzati vagy önkormányzati szektor
2 más közszféra (pl. egészségügy, oktatás)
3 állami vállalat
4 magánvállalat (saját forprofit szervezetet is ide)
5 civilszervezet (saját nonprofit szervezet is ide)

Munkaköre/beosztása

1	gazdálkodó (mg-ban)	önálló, vállalkozó	
2	iparos (termelőtevékenység)		
3	kereskedő		
4	egyéb szolgáltató		
5	szellemi szabadfoglalkozású		
6	felső vezető (osztályvezető felett)	alkalmazott	vezető
7	középvezető (osztályvezető)		
8	alsó vezető (osztályvezető alatt)		
9	közvetlen termelésirányító		
10	diplomához kötött		egyéb szellemi
11	szellemi, diploma nélkül		
12	szakmunkás (nem mg-i)		fizikai
13	betanított munkás (nem mg-i)		
14	segédmunkás (nem mg-i)		
15	mezőgazdasági fizikai		

Rendszeresség I.

1 egész évben folyamatos
2 szezonális
3 alkalmi
4 egyéb

Napi rendszeresség II.

1 nappal, szokásos időben
2 este, éjszaka
3 kora reggel/délelőtt
4 több műszakban
5 24/48 órás munkarendben
6 csak hétvégén
7 változó munkarendben
8 nem szabályozott munkarendben

A munkavégzés helyszíne

1 otthon
2 egy helyen, a munkahelyén
3 részben otthon, részben munkahelyen
4 változó helyszínen

HA 11. KÉRDÉS SZERINT LEGALÁBB HETI 40 ÓRÁT DOLGOZIK, AKKOR ITT ADD ÁT AZ 1. SKÁLALAPOT, A KISEBB BORÍTÉK KÍSÉRETÉBEN!

MOST ARRA KÉRNÉM, HOGY EZT A RÖVID KÉRDŐÍVET ÖNÁLLÓAN TÖLTSE KI, S HA VÉGZETT, TEGYE BE EBBE A BORÍTÉKBA. EGYELŐRE NE ZÁRJA LE A BORÍTÉKOT, CSAK MAJD A KÉRDEZÉS VÉGÉN.

A BORÍTÉKOT CSAK A KUTATÁS VEZETŐI FOGJÁK KINYITNI, ÉS ANNAK TARTALMÁT SZIGORÚAN BIZALMASAN KEZELIK. ÉN NEM FOGOM LÁTNI, HOGY ÖN MIT ÍRT.

TERMÉSZETESEN, HA ÚGY KÍVÁNJA, SEGÍTEK!

HA VÉGZETT, FOLYTASD A KÉRDEZÉST!

KÖSZÖNÖM SZÉPEN, A BORÍTÉK EGYELŐRE MARADJON ÖNNÉL.

TÉRJÜNK ÁT EGY MÁSIK TÉMÁRA!
A KÖVETKEZŐ KÉRDÉSEK AZ ÖN CSALÁDI KÖRÜLMÉNYEIVEL FOGLALKOZNAK.

14. Mi az Ön édesapja (nevelőapja) legmagasabb iskolai végzettsége? ☐

1 kevesebb mint 8 általános
2 8 általános
3 szakmunkásképző; szakképzés érettségi nélkül
4 érettségi, középfokú technikum
5 egyetemi vagy főiskolai diploma
6 nem tudja / nem ismeri
X

HA TÖBB VÉGZETTSÉGE IS VAN, AKKOR A LEGMAGASABB KÓDSZÁM SZERINT JELÖLD!

15. Mi az Ön édesanyja (nevelőanyja) legmagasabb iskolai végzettsége? ☐

A 14-ES KÉRDÉS VÁLASZALTERNATÍVÁIT HASZNÁLD!

16. Mi az Ön jelenlegi hivatalos családi állapota? ☐

1 nőtlen/hajadon
2 házas (bejegyzett élettársi kapcsolata van)
3 özvegy
4 elvált
X

17. Hányan élnek Önök közös háztartásban Önt is beleszámítva?
Azokat tekintse közös háztartásban élőknek, akik részben vagy egészben Önnel közös jövedelemből, egy lakásban élnek, beleértve az Önnel rokoni kapcsolatban nem állókat is!

......................fő X HA EGYEDÜL ÉL, UGRÁS A 18.1-RE! ☐☐

18. Kik azok a személyek, akikkel közös háztartásban él? Milyen kapcsolatban állnak Önnel?

1 - EGYÜTT ÉLNEK, 0 – NEM ÉLNEK EGYÜTT, X - VH

FŐBEN KÓDOLD!

a.	Házastársa (bejegyzett élettársa)	☐		
b.	Élettársa	☐		
c.	Gyermeke (saját és/vagy nevelt)	☐	Hány gyermekkel?	☐
d.	Anyja (nevelőanya is)	☐		
e.	Apja (nevelőapa is)	☐		
f.	Anyósa vagy apósa (élettársnál is)	☐	Eggyel vagy kettővel?	☐
g.	Unokája	☐	Hány unokával?	☐
h.	Nagyszülője	☐	Hány nagyszülővel?	☐
i.	Testvére	☐	Hány testvérrel?	☐
j.	Egyéb rokona	☐	Hány más rokon személlyel?	☐
k.	Nem rokon személy	☐	Hány nem rokon személlyel?	☐

HA 18.a VAGY 18.b VÁLASZ 1, AKKOR UGRÁS 19-RE!

18.1 Van-e olyan állandó partnere, akivel nem él együtt? ☐

1 igen, van
0 nincs
X

19. Körülbelül mennyi a háztartásuk havi nettó (adózás utáni) bevétele? Kérem, a 19. VÁLASZLAP felhasználásával mondja meg, hogy melyik betűjelzés írja le legjobban a <u>háztartásuk nettó bevételét</u>.
Az Önnek legmegfelelőbb, heti, havi vagy éves bontást nézze.
Ha nem tudja a pontos számot, kérem, becsülje meg az összeget!

☐☐

1	J	6	S
2	R	7	K
3	C	8	P
4	M	9	D
5	F	10	H
99	nem tudja X		

19. VÁLASZLAP

20. Melyik leírás közelíti meg leginkább az Önök háztartásának jelenlegi jövedelmi helyzetét a 20. VÁLASZLAP kategóriái közül? ☐

1 kényelmesen megélünk a jelenlegi jövedelmünkből
2 kijövünk a jelenlegi jövedelmünkből
3 nehezen élünk meg a jelenlegi jövedelmünkből
4 nagyon nehezen élünk meg a jelenlegi jövedelmünkből
9 nem tudja X

20. VÁLASZLAP

21. **Kérem, olvassa végig a 21. VÁLASZLAPOT! Mondja meg, melyek azok a dolgok, amelyek megvannak Önnek (Önöknek), és melyek azok, amelyek nincsenek, mert nem telik rá, vagy nincs rá szüksége?**
Válaszait a 21/B. VÁLASZLAP segítségével adja meg!

1-van	2-nincs, mert nem telik rá	3-más okból nincs	9-nem tudja	x-vh

a. A lakásban, amiben lakik, mindenkinek van egy külön szobája
b. WC és fürdőszoba vagy zuhanyzó a lakásban
c. Automata mosógép
d. Mosogatógép
e. LCD, plazma-televízió ('lapos tv')
f. Otthoni/saját internet-hozzáférés
g. Asztali számítógép vagy laptop
h. Okostelefon, táblagép
i. Évente egy hétre elutazni valahova pihenni
j. Rendszeresen vásárolhasson új ruhákat
k. Lecserélhesse elöregedett bútorait, háztartási eszközeit
l. Megfelelően melegen tarthassa a lakását
m. Havonta egyszer étteremben ebédelhessen
n. Havonta egyszer meghívhassa barátait vacsorára
o. Autó (a háztartásban valakinek személyes tulajdonában)
p. Havonta legalább 10 ezer forintot félre tudjon tenni

21. ÉS 21/B VÁLASZLAP

22. **Mindent egybevéve, véleménye szerint másokhoz képest összességében mennyire jó körülmények között él Ön / az Ön családja?**
Válaszait a 22. VÁLASZLAP segítségével adja meg!

1 magasan a legjobbak között van
2 sokkal jobb az átlagnál
3 valamivel jobb az átlagnál
4 átlagos
5 valamivel rosszabb az átlagnál
6 sokkal rosszabb az átlagnál
7 a legrosszabbak között van

9 nem tudja X

22. VÁLASZLAP

23. Most néhány, az élete különböző területével kapcsolatos kérdést olvasok fel Önnek. Kérem, válaszoljon rájuk igennel vagy nemmel!

1-igen	2-nem	9-nem tudja	x-vh

g. Ismételt-e évet az általános iskolai tanulmányai során?

h. Van-e legalább középfokú nyelvvizsgája bármilyen nyelvből?

i. Van-e személygépkocsi-jogosítványa?

j. Tagja-e valamilyen sportklubnak vagy sportegyesületnek?

k. Volt-e már életében valaha munkanélküli?

l. Látott-e tegnap időjárás-jelentést a tv-ben?

24. Most különböző állításokat olvasok fel Önnek. Kérem, a 24. VÁLASZLAP segítségével mondja meg, hogy mennyire ért egyet a következő állításokkal!

1-egyáltalán nem ért egyet	2-inkább nem ért egyet	3-inkább egyetért	4-teljesen egyetért
	9-nem tudja	X-vh	

a. Aki vinni akarja valamire, rákényszerül arra, hogy szabályokat áthágjon.

b. Az ember egyik napról a másikra él, nincs értelme terveket szőni.

24. VÁLASZLAP

c. Minden olyan gyorsan változik, hogy az ember azt sem tudja, hogy miben higgyen.

d. Manapság az életnek nincs sem célja, sem értelme.

ADD ÁT A 2. SKÁLALAPOT!

EZT A RÖVID KÉRDÉSSORT ISMÉT ÖNÁLLÓAN TÖLTSE KI,
S HA VÉGZETT, TEGYE BE A BORÍTÉKBA.

HA VÉGZETT, FOLYTASD A KÉRDEZÉST!

25. Milyen gyakran él társasági életet, jár össze, barátaival, rokonaival vagy kollégáival?

25. VÁLASZLAP

1 soha
2 ritkábban, mint havonta egyszer
3 havonta egyszer
4 havonta többször is
5 hetente egyszer
6 hetente többször
7 mindennap
9 nem tudja X

26. Hány olyan személy van – ha van ilyen –, akivel meg tudja beszélni személyes, legbensőbb magánügyeit?

0 egy sincs
1 egy
2 kettő
3 három
4 négy-hat
5 hét-kilenc
6 tíz vagy több
9 nem tudja X

26. VÁLASZLAP

27. A hasonló korúakhoz képest Ön milyen gyakran jár társaságba?

1 sokkal ritkábban, mint mások
2 ritkábban, mint mások
3 körülbelül annyiszor, mint mások
4 többször, mint mások
5 sokkal többször, mint mások
9 nem tudja X

27. VÁLASZLAP

A KÖVETKEZŐ KÉRDÉSEK KÜLÖNBÖZŐ SZOKÁSAIRA VONATKOZNAK!

28. Szokott-e Ön rendszeresen vagy alkalmanként cigarettázni?

CIGARETTÁZÁS ALATT A HAGYOMÁNYOS CIGARETTÁZÁST ÉRTJÜK, AMI A DOHÁNYNÖVÉNYT TARTALMAZÓ DOHÁNYTERMÉKEK FOGYASZTÁSÁT JELENTI, MINT PÉLDÁUL A GYÁRI VAGY KÉZZEL SODORT CIGARETTA, SZIVAR, SZIVARKA, PIPADOHÁNY, VÍZIPIPA VAGY MÁS DOHÁNYTERMÉKEK.

1 igen, rendszeresen (naponta)
2 igen, alkalmanként
3 nem X

UGRÁS A 30. KÉRDÉSRE!

29. Azokon a napokon, amikor cigarettázik, akkor naponta általában hány szál cigarettát szív el?

☐☐☐ szálat

99 – nem tudom X

28. KÉRDÉS 1 VÁLASZ ESETÉN ADD ÁT A 3. SKÁLALAPOT,
MAJD UGRÁS A 31. KÉRDÉSRE!

30. Korábban dohányzott-e?

1 igen, rendszeresen (naponta)
2 igen, alkalmanként
3 csak kipróbáltam egyszer-kétszer
4 nem, soha nem dohányoztam X

31. Szokott-e Ön rendszeresen vagy alkalmanként e-cigarettát használni?

AZ E-CIGARETTA - AZAZ ELEKTRONIKUS VAGY ELEKTROMOS CIGARETTA – OLYAN, EGYSZER VAGY TÖBBSZÖR HASZNÁLATOS PATRONOKKAL/E-LIQUIDDEL UTÁNTÖLTHETŐ ELEKTRONIKUS TERMÉK, AMELY A FOLYADÉKOT TARTALMAZÓ PATRONOK HEVÍTÉSÉVEL A CIGARETTÁHOZ HASONLÓ NIKOTINTARTALMÚ VAGY NIKOTINMENTES PÁRA FOGYASZTÁSÁT TESZI LEHETŐVÉ.

1 igen, rendszeresen (naponta)
2 igen, alkalmanként
3 nem X

1-2 VÁLASZ ESETÉN ADD ÁT A 4. SKÁLALAPOT

A 32. KÉRDÉST CSAK A 31. KÉRDÉS 3 VÁLASZ ESETÉN KÉRDEZD, EGYÉBKÉNT A 4. SKÁLALAP UTÁN ADD ODA A „B" KÉRDŐÍVET!

32. Korábban használt-e valaha e-cigarettát?

1 igen, rendszeresen (naponta)
2 igen, alkalmanként
3 csak kipróbáltam egyszer-kétszer
4 nem, soha nem használtam e-cigarettát X

MOST ARRA KÉRNÉM, HOGY EZT A NÉHÁNY OLDALAS KÉRDŐÍVET ÖNÁLLÓAN TÖLTSE KI, S HA VÉGZETT, TEGYE BE A BORÍTÉKBA. A BORÍTÉKOT A KÉRDEZÉS VÉGÉN LEZÁRVA ADJA MAJD NEKEM VISSZA.
A BORÍTÉKOT CSAK A KUTATÁS VEZETŐI FOGJÁK KINYITNI, ÉS ANNAK TARTALMÁT SZIGORÚAN BIZALMASAN KEZELIK. ÉN NEM FOGOM LÁTNI, HOGY ÖN MIT ÍRT.
TERMÉSZETESEN, HA ÚGY KÍVÁNJA, SEGÍTEK!

ADD ÁT A 'B' KÉRDŐÍVET!

A „B" KÉRDŐÍVET A KÉRDEZETT ÖNÁLLÓAN TÖLTI KI! CSAK AKKOR SEGÍTS, HA KIFEJEZETTEN KÉRI!
FIGYELEM!!!! A KÜLÖNBÖZŐ DROGOKKAL KAPCSOLATBAN NEM ADHATSZ INFORMÁCIÓT!

HA VÉGZETT, FOLYTASD A KÉRDEZÉST!

A KÖVETKEZŐ KÉRDÉSEK AZ ÖN EGYÉB, PL. INTERNETEZÉSI, SPORTOLÁSI, SZOKÁSAIRÓL SZÓLNAK!

33. Az elmúlt 30 napban EGY ÁTLAGOS NAPON hány órát használta az INTERNETET (NEM munkavégzés céljából, minden online tevékenységet és eszközt figyelembe véve, pl. számítógép, okostelefon)?

0 – soha nem szoktam internetezni	5 – 5-6 órát
1 – az elmúlt 30 napban nem interneteztem	6 – 7-8 órát
2 – kevesebb mint 1 órát	7 – több mint 8 órát
3 – 1-2 órát	9 – nem tudja
4 – 3-4 órát	x – vh

a. Hétköznapokon (hétfő-péntek)
b. Hétvégi napokon (szombat/vasárnap)

33. VÁLASZLAP

33.a VAGY 33.b VALAMELYIKÉNÉL 2-7 VÁLASZ ESETÉN, ADD ÁT AZ 5. SKÁLALAPOT!
HA 33.a ÉS 33.b IS 0-1, AKKOR UGRÁS A 37. KÉRDÉSRE!

34. Az elmúlt 30 napban EGY ÁTLAGOS NAPON hány órát töltött közösségi oldalak használatával (pl. Facebook, Instagram, SnapChat, YouTube)?

0 – soha nem használt	5 – 5-6 órát
1 – az elmúlt 30 napban nem használt	6 – 7-8 órát
2 – kevesebb mint 1 órát	7 – több mint 8 órát
3 – 1-2 órát	9 – nem tudja
4 – 3-4 órát	x – vh

a. Hétköznapokon (hétfő-péntek)
b. Hétvégi napokon (szombat/vasárnap)

34. VÁLASZLAP

34.a VAGY 34.b VALAMELYIKÉNÉL 2-7 VÁLASZ ESETÉN, ADD ÁT A 6. SKÁLALAPOT!

35. Játszott-e valaha életében valamilyen videójátékot?

0 soha nem játszott
1 valaha játszott, de ez elmúlt évben nem
2 az elmúlt évben játszott, de az elmúlt 30 napban nem
3 az elmúlt 30 napban is játszott
X

0-2 ESETÉN UGRÁS A 37. KÉRDÉSRE!

36. Az elmúlt 30 napban EGY ÁTLAGOS NAPON hány órát játszott a szabadidejében számítógépen, játék-konzolon (pl. Playstation, Xbox), táblagépen (pl. iPad), okostelefonon vagy egyéb elektronikus eszközön?

0 – soha nem játszott	5 – 5-6 órát
1 – az elmúlt 30 napban nem játszott	6 – 7-8 órát
2 – kevesebb mint 1 órát	7 – több mint 8 órát
3 – 1-2 órát	9 – nem tudja
4 – 3-4 órát	x – vh

a. Hétköznapokon (hétfő-péntek)

b. Hétvégi napokon (szombat/vasárnap)

36. VÁLASZLAP

36.a VAGY 36.b VALAMELYIKÉNÉL 2-7 VÁLASZ ESETÉN, ADD ÁT A 7. SKÁLALAPOT!

37. Használ-e mobiltelefont?

1 nem használok mobiltelefont
2 igen, csak hagyományos mobiltelefont használok
3 igen, okostelefont (is) használok
X

2 VÁLASZ ESETÉN ADD ÁT A 8. SKÁLALAPOT, 3 VÁLASZ ESETÉN A 8. ÉS 9. SKÁLALAPOT!

38. Játszott-e már Ön valaha életében szerencsejátékot?

SZERENCSEJÁTÉKNAK NEVEZZÜK AZOKAT A JÁTÉKOKAT, AHOL PÉNZÉRT LEHET FOGADNI, ÉS PÉNZT LEHET VELE NYERNI

1 igen, az elmúlt hónapban is játszottam
2 igen, az elmúlt évben, de az utóbbi 30 napban nem
3 igen, játszottam már, de az elmúlt évben nem
4 nem, soha nem játszottam
X

1 ÉS 2 VÁLASZ ESETÉN ADD ÁT A 10. SKÁLALAPOT!

39. Milyen gyakran sportolt az elmúlt évben?

1 naponta
2 legalább hetente
3 legalább havonta
4 néhányszor az évben
5 az elmúlt évben nem sportoltam, de korábban igen
6 soha
X

1 ÉS 2 VÁLASZ ESETÉN ADD ÁT A 11. ÉS A 12. SKÁLALAPOT!

3-6 VÁLASZ ESTÉN CSAK A 12. SKÁLALAPOT ADD ODA!

40. Milyen gyakran vásárolt kedvtelésből, a vásárlás öröme miatt az elmúlt egy évben?

1 naponta
2 legalább hetente
3 legalább havonta
4 néhányszor az évben
5 az elmúlt évben nem, de korábban igen
6 soha
X

1-3 VÁLASZ ESETÉN ADD ÁT A 13. SKÁLALAPOT!

ISMÉT ARRA KÉRNÉM, HOGY A KÖVETKEZŐ KÉRDÉSEKET ÖNÁLLÓAN VÁLASZOLJA MEG. EZEK A KÉRDÉSEK ÖNMAGÁVAL KAPCSOLATOS ÉRZÉSEKRE, GONDOLATOKRA VONATKOZNAK. EZEKNEK A KÉRDÉSEKNEK A MEGVÁLASZOLÁSÁN NE GONDOLKOZZON SOKÁIG, EGYSZERŰEN JELÖLJE MEG AZT A VÁLASZT, AMELYIK ELSŐKÉNT AZ ESZÉBE JUT! NE FELEDJE, EZ A KÉRDŐÍV NEM TESZT, ITT NINCSENEK JÓ VAGY ROSSZ VÁLASZOK, CSAK ARRA KÉRJÜK, HOGY ŐSZINTÉN VÁLASZOLJON!
HA VÉGZETT, TEGYE BE A BORÍTÉKBA! NE FELEDJE, A BORÍTÉKOT CSAK A KUTATÁS VEZETŐI FOGJÁK KINYITNI, ANNAK TARTALMÁT SZIGORÚAN BIZALMASAN KEZELIK. ÉN NEM FOGOM LÁTNI, HOGY ÖN MIT ÍRT.

ADD ÁT A P KÉRDÉSSORT!

41. Most adok Önnek egy lapot, amelyen két oszlopban, egy 'fej' és egy 'írás' elnevezésűben, vannak kérdések. Kérem, soronként haladjon, és minden sorban pénzfeldobással döntse el, hogy a 'fej' vagy az 'írás' oszlop kérdésére fog válaszolni. A dobás eredményét ne mondja meg nekem, csak azt, hogy igen vagy nem a válasza, így én nem fogom tudni, hogy Ön melyik kérdésre válaszolt. Az írás az érmének az az oldala, amelyiken az érem értéke van.

ADD ODA AZ ALMINTÁNAK MEGFELELŐ RRM LAPOT ÉS EGY 5 FORINTOS ÉRMÉT!

1-igen 2-nem x-vh

a.
b.
c.
d.
e.
f.

Figyelem, ne kérdezd, csak kódold!

RRM Mit gondolsz, a kérdezett megértette az eljárást?

1 igen
2 talán
0 nem

KÖSZÖNÖM! MOST MÁR CSAK 2 KÉRDÉS VAN HÁTRA.
AZ EMBEREK ELTÉRŐEN VÉLEKEDNEK KÜLÖNBÖZŐ CSOPORTOKRÓL, EMBEREKRŐL. MOST SZERETNÉNK MEGISMERNI AZ ÖN VÉLEMÉNYÉT!

42. Kérem, a 42. VÁLASZLAP segítségével mondja meg, hogy Ön mennyire látna szívesen a szomszédságában olyan személyt, aki BÖRTÖNVISELT?

1-ellenezné	2-inkább nem	3-attól függ	4-nem befolyásolná	5-szívesen látná
		9-nem tudja	x-vh	

42. VÁLASZLAP

a.	BÖRTÖNVISELT	
b.	cigány származású	
c.	hajléktalan ember	
d.	iszákos	
e.	nagycsaládos	
f.	olyan személy, aki pszichiátriai kezelés alatt áll	
g.	AIDS-beteg	
h.	kábítószeres	
i.	LMBT+ (leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű stb.)	
j.	menekült	
k.	túlsúlyos ember	
l.	zsidó származású	
m.	marihuánahasználó	
n.	nyugdíjas	

43. Most néhány társadalmi problémát sorolok fel Önnek. Ön szerint mennyi erőforrást kellene fordítania az államnak, ezeknek a mérséklésére? Kérem, hogy válaszait a 43. VÁLASZLAP segítségével adja meg!
Ön szerint az államnak mennyit kellene költeni a SZEGÉNYSÉG MEGELŐZÉSÉRE, MÉRSÉKLÉSÉRE?

1-sokkal kevesebbet	2-kevesebbet	3-ugyanannyit, mint most	4-többet	5-sokkal többet
	9-nem tudja	x-vh		

43. VÁLASZLAP

a.	A SZEGÉNYSÉG MEGELŐZÉSÉRE, MÉRSÉKLÉSÉRE	
b.	az alacsony születési szám kezelésére	
c.	a kábítószer-fogyasztás megelőzésére, kezelésére	
d.	a lakáshatási problémák megoldására	
e.	az egészségügyi ellátás problémáinak megoldására	
f.	az oktatás általános állapotának javítására	
g.	a bűnözés mérséklésére, megelőzésére	
h.	a környezetszennyezés csökkentésére	
i.	az alkoholizmus megelőzésére, kezelésére	
j.	a munkanélküliség kezelésére	
k.	a romaproblémára	
l.	az öngyilkosságok megelőzésére	
m.	az AIDS-probléma kezelésére, megelőzésére	

A KÉRDŐÍV VÉGET ÉRT. VAN-E VALAMI HOZZÁFŰZNI-, KIEGÉSZÍTENIVALÓJA, AMIT A VIZSGÁLT TÉMÁK SZEMPONTJÁBÓL FONTOSNAK TART, ÉS NEM KÉRDEZTÜK MEG?

HA VAN, ÍRJUK FEL RÖVIDEN A MEZŐBE!

KÖSZÖNJÜK A SEGÍTSÉGÉT!

KÉRDEZÉS VÉGE:	2019.	HÓNAP	NAP	ÓRA	PERC				

A KÉRDEZŐ ÁLTAL MEGVÁLASZOLANDÓ KÉRDÉSEK

B.1 Milyen környéken volt a lakás, amelyben kérdeztél?

VÁROSBAN

1 ipari terület, gyárak, üzemek szomszédsága
2 villanegyed, zöldövezet, elit kertváros
3 kisvárosias, falusias, külterület, családi házakkal
4 belváros, történelmi, üzleti, hivatali negyed, közlekedési, üzleti központ
5 egy városrész központja
6 lakótelep
7 lakópark
8 régebbi lakótelep, viszonylag nagy zöldterülettel
9 város környéki, külterületi szórvány
10 leromlott, elhanyagolt belterület, kevés zölddel (nem gyárkörnyék)
11 kis lakótelep, esetleg társasházakkal, sok zölddel

FALUN

12 jómódú, gazdag falusi ház
13 szokványos falusi ház
14 falusi ház, gazdasági épületekkel, a gazdálkodás látható jeleivel
15 tanya

B.2 Jelen volt-e a kérdezetten kívül más felnőtt családtag a kérdezésnél?

1 igen, végig jelen volt

2 igen, egyes részeknél jelen volt

1 iskolákra, munkahelyre vonatkozó kérdéseknél
2 családra, háztartásra vonatkozó kérdéseknél
4 szokásokkal kapcsolatos kérdéseknél
8 pszichológiai teszteknél
16 társadalmi csoportokra vonatkozó véleményeknél

3 nem, egyáltalán nem volt jelen

B.3 Véleményed szerint a jelen lévő családtag mekkora hatást gyakorolt a válaszaira?

egyáltalán nem volt hatással **1 2 3 4 5** nagyon nagy hatással volt

B.4 Az önkitöltős részeket önállóan töltötte-e ki a kérdezett?

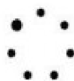
1 teljesen egyedül, nem is kért segítséget
2 egyedül, de időnként segítséget kért
3 együtt töltöttük ki, az önkitöltős részek felvétele is gyakorlatilag face to face történt

B.5 A kérdezettet korlátozta-e valami a válaszadásban?

1 rosszul lát
2 rosszul hall
4 nehezen olvas
8 nehezen beszél
16 egyéb:..
00 nem korlátozta semmi

1.2. MELLÉKLET: 'B' KÉRDŐÍV

Az OLAAP 2019 és a BLS 2019 kutatások 'B' kérdőíve némileg eltérő volt. Itt az OLAAP 2019 kutatás 'B' kérdőívét szerepeltetjük. Ezek közül a BLS 2019 kutatás 'B' kérdőívében a következő kérdések nem szerepeltek: 2-9., 20-23., 25-26., 37-38., 41. és 44-es kérdés. Továbbá BLS 2019 'B' kérdőíve az itt szereplő 42. kérdés esetén csak a következő 2 itemet tartalmazta: marihuána/hasis; egyéb drog.

elte | ppk

Ez a kérdőív nagyrészt az alkohollal és különböző drogokkal és egyéb személyes kérdésekkel foglalkozik.

Vannak, akik nem szívesen beszélnek ezekről a témákról másoknak. Ezért **ezt a kérdőívet, kérjük, önállóan töltse ki, majd tegye vissza a borítékba. A borítékot a kérdezés végén lezárva adja vissza munkatársunknak.** Természetesen a kérdőív **névtelen**, nem szerepel rajta sem az Ön neve, sem más olyan információ, amely alapján azonosítani lehetne Önt. Így azonban még a jelen lévő munkatársunk sem ismerheti meg az Ön válaszait.

Válaszait a megfelelő négyzetbe tett X-szel jelölje, a kipontozott részeknél pedig, kérjük, írja be a válaszát! Ha külön nem kérjük, akkor minden kérdésnél csak egy választ jelöljön meg!

Reméljük, minden kérdésünkre tud válaszolni, de ha van köztük olyan, amelyikre semmiképpen nem szeretne, vagy érzése szerint nem tud őszintén válaszolni, azt nyugodtan hagyja üresen.

Ha szükségesnek látja, természetesen fordulhat munkatársunkhoz segítségért.

Köszönjük a segítségét!

OLAAP 2019 'B'

A VÁLASZADÁS ÖNKÉNTES!

Demetrovics Zsolt
ELTE PPK Pszichológiai Intézet

Felvinczi Katalin
ELTE PPK Pszichológiai Intézet

Paksi Borbála
ELTE PPK Neveléstudományi Intézet

ELŐSZÖR NÉHÁNY KÉRDÉS AZ ALKOHOL-FOGYASZTÁSSAL KAPCSOLATBAN.

1. AZ ELMÚLT 30 NAPBAN MILYEN GYAKRAN FOGYASZTOTT ALKOHOLT?

Próbáljon visszaemlékezni minden italfajtára, beleértve a bort, sört, töményet, koktélokat, pezsgőt stb.

- 1 mindennap
- 2 nem mindennap, de legalább 20 alkalommal
- 3 10-19 alkalommal
- 4 4-9 alkalommal
- 5 1-3 alkalommal
- 0 egyszer sem ittam az elmúlt egy hónapban

KÉRJÜK, A KÖVETKEZŐ NÉHÁNY KÉRDÉSNÉL AZ ELMÚLT 12 HÓNAPRA GONDOLJON VISSZA!

2. MILYEN GYAKRAN IVOTT BORT AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN?

- 1 mindennap
- 2 hetente 5-6 alkalommal
- 3 hetente 3-4 alkalommal
- 4 hetente 1-2 alkalommal
- 5 havonta 2-3 alkalommal
- 6 havonta egyszer
- 7 összesen 6-11 alkalommal egész évben
- 8 2-5 alkalommal egész évben
- 9 1 alkalommal egész évben
- 0 egyszer sem ittam bort az elmúlt évben

3. ÁLTALÁBAN HÁNY DECI BORT IVOTT MEG AZ ELMÚLT ÉV EGY OLYAN SZOKÁSOS NAPJÁN, AMIKOR IVOTT BORT?

.... deci bort ittam meg

- 0 egyszer sem ittam bort az elmúlt egy évben

4. MILYEN GYAKRAN IVOTT SÖRT AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN?

- 1 minden nap
- 2 hetente 5-6 alkalommal
- 3 hetente 3-4 alkalommal
- 4 hetente 1-2 alkalommal
- 5 havonta 2-3 alkalommal
- 6 havonta egyszer
- 7 összesen 6-11 alkalommal egész évben
- 8 2-5 alkalommal egész évben
- 9 1 alkalommal egész évben
- 0 egyszer sem ittam sört az elmúlt évben

5. ÁLTALÁBAN HÁNY POHÁR SÖRT IVOTT MEG AZ ELMÚLT ÉV EGY OLYAN SZOKÁSOS NAPJÁN, AMIKOR IVOTT SÖRT?

.... pohár sört ittam meg (1 kisüveg/pohár = 3,3dl)

- 0 egyszer sem ittam sört az elmúlt egy évben

6. MILYEN GYAKRAN IVOTT TÖMÉNY ITALT AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN?

- 1 mindennap
- 2 hetente 5-6 alkalommal
- 3 hetente 3-4 alkalommal
- 4 hetente 1-2 alkalommal
- 5 havonta 2-3 alkalommal
- 6 havonta egyszer
- 7 összesen 6-11 alkalommal egész évben
- 8 2-5 alkalommal egész évben
- 9 1 alkalommal egész évben
- 0 egyszer sem ittam töményet az elmúlt évben

7. ÁLTALÁBAN HÁNY POHÁR TÖMÉNYET IVOTT MEG AZ ELMÚLT ÉV EGY OLYAN SZOKÁSOS NAPJÁN, AMIKOR IVOTT TÖMÉNY ITALT?

.... pohár töményet ittam meg (1 pohár = 0,4-0,5dl)

- 0 egyszer sem ittam tömény italt az elmúlt egy évben

8. Milyen gyakran ivott előre összeállított, alkoholtartalmú üdítő italt (pl. Smash, Bacardi Breezer, Inside, Nite) az elmúlt 12 hónapban?

1 mindennap
2 hetente 5-6 alkalommal
3 hetente 3-4 alkalommal
4 hetente 1-2 alkalommal
5 havonta 2-3 alkalommal
6 havonta egyszer
7 összesen 6-11 alkalommal egész évben
8 2-5 alkalommal egész évben
9 1 alkalommal egész évben
0 egyszer sem ittam az elmúlt évben

9. Általában hány üveg előre összeállított, alkoholtartalmú üdítő italt (pl. Smash, Bacardi Breezer, Inside, Nite) ivott meg az elmúlt év egy olyan szokásos napján, amikor ivott előre összeállított. alkoholtartalmú üdítő italt?

.... üveg alkoholos üdítőt ittam meg (1 kisüveg/doboz = 3,3dl)

0 egyszer sem ittam az elmúlt egy évben

10 Hányszor fordult elő az elmúlt évben, hogy egy alkalommal megivott...

(Egy ital = 1,5dl bor, vagy egy pohár vagy kisüveg (3,3dl) sör, 4-5cl tömény, egy koktél vagy egy üveg (3,3dl) előre összeállított, alkoholtartalmú üdítőital)

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)	naponta/majdnem naponta	legalább hetente	legalább havonta	ritkábban, mint havonta	0-szor
...5 vagy több italt	1	2	3	4	0
...10 vagy több italt	1	2	3	4	0

11 Mennyi idő alatt szokott meginni 5 italt egy alkalommal?

1 kevesebb mint 1 óra
2 1-2 óra
3 3-4 óra
4 5-6 óra
5 7-8 óra
6 9 óra vagy több
0 egyszer sem ittam ennyit egy alkalommal az elmúlt évben

12 Hányszor fordult elő, hogy olyan sokat ivott, hogy berúgott?

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)	legalább 40-szer	20-39-szer	10-19-szer	6-9-szer	3-5-ször	1-2-szer	0-szor
az utóbbi 12 hónapban	1	2	3	4	5	6	0
az utóbbi 30 napban	1	2	3	4	5	6	0

13 Körülbelül milyen gyakran ivott alkoholt az elmúlt egy évben?

1 mindennap
2 hetente 5-6 alkalommal
3 hetente 4 alkalommal
4 hetente 3 alkalommal
5 hetente 2 alkalommal
6 hetente egyszer
7 havonta 2-3 alkalommal
8 havonta egyszer
9 összesen 6-11 alkalommal egész évben
10 2-5 alkalommal egész évben
11 1 alkalommal egész évben
0 egyszer sem ittam az elmúlt évben

14 Az elmúlt év egy olyan szokásos napján, amikor ivott alkoholt, általában mennyi italt fogyasztott el?

(Egy ital = 1,5dl bor, vagy pohár (3,3dl) sör, vagy 4-5cl tömény, egy koktél vagy egy üveg (3,3dl) előre összeállított, alkoholtartalmú üdítőital)

.... italt

0 egyszer sem ittam az elmúlt egy évben

15 Hány éves korában történtek Önnel az alábbi dolgok?

(Írja be az akkori életkorát!)			nem tudom	soha
Először ivott alkoholt (ami több volt, mint egy korty)	....	évesen	9	0
Először berúgott	....	évesen	9	0
Először elszívott egy szál hagyományos cigarettát	....	évesen	9	0
Rendszeresen dohányozni kezdett	....	évesen	9	0
Napi rendszerességgel kezdett e-cigarettát használni	....	évesen	9	0

A következő, 16-17. kérdésekre csak akkor válaszoljon, ha fogyasztott alkoholt az elmúlt 12 hónap során! Ha nem, akkor ugorjon a 17. kérdés utáni szövegre!

16 Előfordultak-e Önnel és milyen gyakran az elmúlt 12 hónapban az alábbiak?

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)	hetente legalább 4-szer	hetente 1-3 alkalommal	havonta 1-3 alkalommal	ritkábban, mint havonta	nem
Nem volt képes abbahagyni az ivást, ha egyszer elkezdte.	4	3	2	1	0
Az ivás miatt nem volt képes elvégezni azt, amit szokásosan elvárnak Öntől.	4	3	2	1	0
Egy nagyobb ivás után reggel innia kellett ahhoz, hogy elkezdje a napot.	4	3	2	1	0
Bűntudata, lelkiismeret-furdalása volt az alkoholfogyasztás után.	4	3	2	1	0
Annyit ivott, hogy képtelen volt emlékezni arra, mi történt az előző este.	4	3	2	1	0

17 Előfordult-e Önnel, hogy...

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)	igen, az elmúlt évben	igen, de csak régebben	nem, soha
... az Ön alkoholfogyasztása miatt megsérült Ön vagy más személy?	2	1	0
... alkoholfogyasztása miatt védekezés nélkül teremtett szexuális kapcsolatot?	2	1	0
... valaki (rokon, barát, munkatárs, orvos vagy más egészségügyi dolgozó) aggódott az Ön ivása miatt, vagy javasolta, hogy kevesebbet igyon?	2	1	0

Most más témára térünk át. Az alábbi kérdések különböző gyógyszerekről, drogokról szólnak.
Kérjük, továbbra is segítse munkánkat azzal, hogy minél több kérdésünkre őszintén válaszol!

Először néhány nyugtatókkal/altatókkal, szorongásoldókkal kapcsolatos kérdés! Az orvosi javaslat nélküli használatba a recept nélküli használaton kívül beleértjük a javasoltnál nagyobb adagokban vagy hosszabb ideig, esetleg más célból történő használatot is.

18 Az elmúlt 30 napban fogyasztott-e, és ha igen, milyen gyakran altatót vagy nyugtatót orvosi javaslatra vagy anélkül?

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)	legalább 20-szor	10-19-szer	4-9-szer	1-3-szor	egyszer sem
Altatót/nyugtatót orvosi javaslatra	1	2	3	4	0
Altatót/nyugtatót orvosi javaslat nélkül	1	2	3	4	0

19 Az elmúlt évben általában milyen gyakran fogyasztott altatót vagy nyugtatót orvosi javaslatra vagy anélkül?

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)	hetente legalább 4 alkalommal	hetente 2-3 alkalommal	havonta 2-4 alkalommal	havonta, vagy ritkábban	az elmúlt évben nem használtam	soha nem használtam
Altatót/nyugtatót orvosi javaslatra	1	2	3	4	5	0
Altatót/nyugtatót orvosi javaslat nélkül	1	2	3	4	5	0

20 Amikor utoljára altatót vagy nyugtatót vett be orvosi javaslat nélkül, azt honnan szerezte?

1 az orvos írta fel nekem
2 baráttól, házastárstól vagy egyéb családtagtól
3 drogdílertől vagy más idegentől
4 az internetről (online vásárlás recept nélkül)
5 recepthamisítással
6 egyéb módon: ....
0 nem használok altatót vagy nyugtatót

21 FOGYASZTOTT-E ORVOSI JAVASLAT NÉLKÜL NYUGTATÓT/ALTATÓT AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN A FOKOZOTT HATÁS ELÉRÉSE ÉRDEKÉBEN?

1 igen

0 nem

22 AZ ELMÚLT ÉVBEN ELŐFORDULT, HOGY INGYEN VAGY PÉNZÉRT ADOTT VALAKINEK AZ ÖN SZÁMÁRA FELÍRT NYUGTATÓBÓL VAGY ALTATÓBÓL?

1 igen

0 nem

23 ELŐFORDULT-E ÖNNEL, HOGY GYÓGYSZERRE ALKOHOLT FOGYASZTOTT, HOGY ANNAK HATÁSÁT NÖVELJE?

1 igen, az elmúlt hónapban is

2 igen, az elmúlt évben, de az utóbbi 30 napban nem

3 igen, de az elmúlt évben nem

4 nem, soha nem ittam gyógyszerre alkoholt azért, hogy annak hatását növeljem

5 nem, soha nem ittam gyógyszerre alkoholt

A KÖVETKEZŐ KÉRDÉSEK A KÜLÖNBÖZŐ EGYÉB DROGOKKAL KAPCSOLATOSAK.

MOSTANÁBAN HOZZÁFÉRHETŐVÉ VÁLTAK OLYAN ÚJ SZEREK, AMELYEK KÜLÖNBÖZŐ TILTOTT SZEREK (MINT A MARIHUÁNA VAGY AZ ECSTASY) HATÁSÁT UTÁNOZZÁK. EZEK A SZEREK KÜLÖNBÖZŐ NÉVEN ISMERTEK, MINT PÉLDÁUL DIZÁJNER DROGOK, ÚJ PSZICHOAKTÍV SZEREK. LEHETNEK ÚJFAJTA, MARIHUÁNÁHOZ HASONLÓ SZINTETIKUS KANNABINOIDOK (PL. HERBÁL, BIO, BIOFŰ, VARÁZSDOHÁNY, MŰFŰ, SZINTETIKUS FŰ) VAGY ÚJFAJTA, AMFETAMINHOZ HASONLÓ DIZÁJNER STIMULÁNSOK IS (PL. KRISTÁLY, ZENE, PENTA, KRÉTA, MEFEDRON, MDPF, FORMEK). E SZEREK KÜLÖNBÖZŐ FORMÁBAN KERÜLNEK FORGALOMBA, MINT PÉLDÁUL NÖVÉNYI TÖRMELÉK, POR, KRISTÁLY VAGY TABLETTA.

NE FELEDJE, HOGY VÁLASZAIT A LEHETŐ LEGNAGYOBB DISZKRÉCIÓVAL KEZELJÜK, S CSAK TUDOMÁNYOS KUTATÁS CÉLJÁRA HASZNÁLJUK. A KÉRDŐÍVBEN NEM SZEREPEL SEMMI OLYAN INFORMÁCIÓ, AMELY ALAPJÁN ÖNT AZONOSÍTANI LEHETNE.

24 VAN-E AZ ÖN ISMERŐSEI KÖZÖTT OLYAN SZEMÉLY, AKI AZ ALÁBBI SZEREK VALAMELYIKÉT VALAHA FOGYASZTOTTA?

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)	van	nincs
Nyugtatók/altatók	1	2
Marihuána, hasis (kannabisz, fű, spangli)	1	2
Szintetikus kannabinoidok (herbál, biofű, varázsdohány, szintetikus fű)	1	2
Ecstasy (XTC, bogyó, eki)	1	2
Amfetamin (szpíd, spuri, gyors)	1	2
Kokain	1	2
Dizájner stimulánsok (kristály, zene, penta, kréta, mefedron)	1	2
Heroin	1	2
Relevin	1	2
LSD (bélyeg, korong, trip)	1	2
Más drog:	1	2

25 ELŐFORDULT-E AZ <u>ELMÚLT 12 HÓNAPBAN</u>, HOGY AZ ALÁBBI DROGOK VALAMELYIKÉVEL KÍNÁLTÁK (INGYENESEN, VAGY AZÉRT, HOGY VÁSÁROLJON)?

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)	nem	egyszer-kétszer	3-5-ször	6-9-szer	10-19-szer	20-39-szer	legalább 40-szer
Marihuána, hasis	1	2	3	4	5	6	0
Szintetikus kannabinoidok	1	2	3	4	5	6	0
Ecstasy	1	2	3	4	5	6	0
Amfetamin	1	2	3	4	5	6	0
Metamfetamin (ice, jég, met, sebes)	1	2	3	4	5	6	0
Kokain	1	2	3	4	5	6	0
Crack	1	2	3	4	5	6	0
Dizájner stimulánsok	1	2	3	4	5	6	0
Heroin	1	2	3	4	5	6	0
Relevin	1	2	3	4	5	6	0
LSD	1	2	3	4	5	6	0

26 MIT GONDOL, MENNYIRE KÖNNYEN TUDNÁ BESZEREZNI A KÖVETKEZŐ SZEREKET 24 ÓRÁN BELÜL?

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)	lehetetlen volna	nagyon nehezen	elég nehezen	elég könnyen	nagyon könnyen	nem tudom
Marihuána, hasis	1	2	3	4	5	0
Szintetikus kannabinoidok	1	2	3	4	5	0
Ecstasy	1	2	3	4	5	0
Amfetamin	1	2	3	4	5	0
Metamfetamin	1	2	3	4	5	0
Kokain	1	2	3	4	5	0
Crack	1	2	3	4	5	0
Dizájner stimulánsok	1	2	3	4	5	0
Heroin	1	2	3	4	5	0
Relevin	1	2	3	4	5	0
LSD	1	2	3	4	5	0
nyugtató	1	2	3	4	5	0

27 HA KIPRÓBÁLT VAGY KIPRÓBÁLNA VALAMILYEN DIZÁJNER DROGOT, MIÉRT TETTE/TENNÉ?
(Több választ is jelölhet!)

- 1 nem olyan káros, mint a hagyományos drogok
- 1 könnyű beszerezni
- 1 legális, nem büntetik a fogyasztását
- 1 olcsó
- 1 a többiek is ezt fogyasztják
- 1 nem mutatható ki rendőrségi tesztekkel
- 1 kíváncsiságból, az újdonság miatt
- 1 intenzívebben hat
- 1 a médiában erről beszélnek
- 1 mert enyhíti a más szerek okozta elvonási tüneteket
- 1 nem tudom

28. EDDIGI ÉLETE SORÁN KIPRÓBÁLTA-E MÁR AZ ALÁBBI SZEREK VALAMELYIKÉT, ÉS HÁNYSZOR?

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)	legalább 40-szer	20-39-szer	10-19-szer	6-9-szer	3-5-ször	1-2-szer	0-szor
Marihuána, hasis	1	2	3	4	5	6	0
Szintetikus kannabinoidok	1	2	3	4	5	6	0
Ecstasy	1	2	3	4	5	6	0
Amfetamin	1	2	3	4	5	6	0
Kokain	1	2	3	4	5	6	0
Crack	1	2	3	4	5	6	0
Dizájner stimulánsok	1	2	3	4	5	6	0
Heroin	1	2	3	4	5	6	0
Más opiátok (máktea)	1	2	3	4	5	6	0
Metadon, nem orvosi rendelvényre	1	2	3	4	5	6	0
Relevin	1	2	3	4	5	6	0
LSD	1	2	3	4	5	6	0
Mágikus gomba	1	2	3	4	5	6	0
GHB (Gina, folyékony ecstasy)	1	2	3	4	5	6	0
Bármilyen szer injekciós használata	1	2	3	4	5	6	0
Szerves oldószer, szipu	1	2	3	4	5	6	0
Anabolikus szteroidok	1	2	3	4	5	6	0
Más drog:	1	2	3	4	5	6	0

29 HASZNÁLT MÁR VALAHA EGY IDŐBEN TÖBB SZERT (PL. ALKOHOL ÉS NYUGTATÓ, ILLEGÁLIS SZER ÉS ALKOHOL, KÉT KÜLÖNBÖZŐ ILLEGÁLIS SZER)?

- 0 soha
- 1 igen, de az elmúlt 12 hónapban nem
- 2 igen, az elmúlt 12 hónapban is

30 FOGYASZTOTT-E VALAHA OLYAN SZERT, AMIRŐL NEM TUDTA PONTOSAN, HOGY MI?

- 1 igen, használtam már olyan szert
- 0 nem, soha nem használtam olyan szert

31. Hány éves korában próbálta ki először az alábbi dolgokat?

(Írja be az akkori életkorát, amikor kipróbálta!)

			nem tudom	soha
Marihuánát, hasist	....	évesen	9	0
Szintetikus kannabinoidokat	....	évesen	9	0
Ecstasyt	....	évesen	9	0
Amfetamint	....	évesen	9	0
Kokaint	....	évesen	9	0
Dizájner stimulánsokat	....	évesen	9	0
Heroint	....	évesen	9	0
Más opiátokat	....	évesen	9	0
Relevint	....	évesen	9	0
LSD-t	....	évesen	9	0
Mágikus gombát	....	évesen	9	0
Szerves oldószert	....	évesen	9	0
Nyugtatót/altatót orvosi rendelvény nélkül	....	évesen	9	0
Alkoholt gyógyszerrel	....	évesen	9	0

32. Milyen mértékben kapcsolódik vagy kapcsolódott az Ön esetében egyes szerek használata a hétvégi szórakozáshoz?

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)

	teljes mértékben	nagymértékben	is-is	inkább nem	egyáltalán nem	soha nem használom
Marihuána, hasis	1	2	3	4	5	6
Szintetikus kannabinoidok	1	2	3	4	5	6
Ecstasy	1	2	3	4	5	6
Amfetamin	1	2	3	4	5	6
Dizájner stimulánsok	1	2	3	4	5	6
Más drogok	1	2	3	4	5	6
Alkohol	1	2	3	4	5	6

33. Az elmúlt 12 hónapban fogyasztotta-e az alábbi drogok valamelyikét?

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)

	igen, az elmúlt 30 napban is	igen, de egy hónapnál régebben	nem
Marihuána, hasis	1	2	0
Szintetikus kannabinoidok	1	2	0
Ecstasy	1	2	0
Amfetamin	1	2	0
Kokain	1	2	0
Crack	1	2	0
Dizájner stimulánsok	1	2	0
Heroin	1	2	0
Egyéb opiátok	1	2	0
Metadon, nem orvosi rendelvényre	1	2	0
Relevin	1	2	0
LSD	1	2	0
Mágikus gomba	1	2	0
GHB	1	2	0
Bármilyen szer injekciós használata	1	2	0
Szerves oldószer, szipu	1	2	0
Anabolikus szteroidok	1	2	0
Más drog:	1	2	0

A következő, 34-39. kérdésekre csak akkor válaszoljon, ha használt valamilyen drogot az elmúlt 12 hónap során! Ha nem használt, akkor ugorjon a 40. kérdésre!

34. AZ ELMÚLT EGY ÉV SORÁN ELŐFORDULT-E ÖNNEL, ÉS HA IGEN, MILYEN GYAKRAN, HOGY...

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)	soha	ritkán	időnként	gyakran	nagyon gyakran
szívott marihuánát/hasist délelőtt?	1	2	3	4	5
szívott marihuánát/hasist amikor egyedül volt?	1	2	3	4	5
voltak memóriaproblémái a marihuána-/hasishasználat miatt?	1	2	3	4	5
mondták barátai vagy családtagjai, hogy csökkentenie kellene a marihuána-/hasishasználatot?	1	2	3	4	5
próbálta csökkenteni vagy teljes mértékben abbahagyni a marihuána/hasis használatát, sikertelenül?	1	2	3	4	5
voltak problémái a marihuána-/hasishasználat miatt (vita, verekedés, baleset, szorongásos rohamok, rossz eredmény)?	1	2	3	4	5

35. ELŐFORDULT-E ÖNNEL AZ ELMÚLT ÉVBEN, ÉS MILYEN GYAKRAN, HOGY...

(Soronként egy választ jelöljön!)	nem soha	néha	gyakran	mindig/majdnem mindig
felmerült Önben, hogy droghasználata kicsúszott az irányítása alól?	1	2	3	4
egy droghasználat lehetőségének kihagyása miatt nyugtalan és ideges lett?	1	2	3	4
aggódott a droghasználata miatt?	1	2	3	4
kívánta, hogy bárcsak abba tudná hagyni a droghasználatot?	1	2	3	4

36 MENNYIRE LENNE NEHÉZ AZ ÖN SZÁMÁRA KIBÍRNI DROG NÉLKÜL

- 0 nem lenne nehéz
- 1 valamennyire nehéz lenne
- 2 nagyon nehéz lenne
- 3 lehetetlen lenne

A KÖVETKEZŐ, 37. ÉS 38. KÉRDÉSEK A DIZÁJNER DROGOKRA VONATKOZNAK. CSAK AKKOR VÁLASZOLJON, HA AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN HASZNÁLT VALAMILYEN DIZÁJNER DROGOT (PL. BIOFŰ, VARÁZSDOHÁNY, VAGY A STIMULÁNS TÍPUSÚ KRISTÁLY, PENTA, KRÉTA, MEFEDRON).

37. HA VISSZAEMLÉKSZIK AZ ELMÚLT 12 HÓNAPRA, MILYEN MEGJELENÉSŰ/FORMÁJÚ ÚJ SZEREKET HASZNÁLT AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN?

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)	igen	nem
füstölésre, dohányzásra alkalmas növényi törmelék	1	2
por, kristály vagy tabletta	1	2
folyadék	1	2
egyéb:	1	2

38. HA VISSZAEMLÉKSZIK AZ ELMÚLT 12 HÓNAPRA, HOGYAN SZEREZTE BE AZ ÖN ÁLTAL HASZNÁLT ÚJ SZEREKET?

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)	igen	nem
egy barátomtól kaptam vagy vettem	1	2
családtagból kaptam vagy vettem	1	2
speciális üzletben vettem	1	2
az interneten vásároltam	1	2
dílertől vettem	1	2
egyéb:	1	2

A következő, 39. kérdésre csak akkor válaszoljon, ha használt valamilyen drogot az elmúlt 30 nap során! Ha nem, akkor ugorjon a 40. kérdésre!

39. Milyen gyakran használta az elmúlt 30 napban az alábbi szereket?

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)	legalább 20-szor	10-19-szer	4-9-szer	1-3-szor	nem használtam
Marihuána, hasis	1	2	3	4	0
Szintetikus kannabinoidok	1	2	3	4	0
Ecstasy	1	2	3	4	0
Amfetamin	1	2	3	4	0
Kokain	1	2	3	4	0
Crack	1	2	3	4	0
Dizájner stimulánsok	1	2	3	4	0
Heroin	1	2	3	4	0
Egyéb opiátok	1	2	3	4	0
Metadon, nem orvosi rendelvényre	1	2	3	4	0
Relevin	1	2	3	4	0
LSD	1	2	3	4	0
Mágikus gomba	1	2	3	4	0
GHB	1	2	3	4	0
Bármilyen szer injekciós használata	1	2	3	4	0
Szerves oldószer, szipu	1	2	3	4	0
Anabolikus szteroidok	1	2	3	4	0
Más drog:	1	2	3	4	0

Az emberek különbözőképpen vélekednek a következő dolgokról. Most szeretnénk megismerni az Ön véleményét!

40. Véleménye szerint minek tekinthető inkább egy drogfüggő: bűnözőnek vagy betegnek?

- 1 inkább bűnözőnek
- 2 inkább betegnek
- 3 sem nem bűnöző, sem nem beteg
- 4 bűnöző és beteg is egyszerre
- 0 nem tudom

41. Helyteleníti-e azt, ha az emberek a következőket teszik?

(Soronként egy választ jelöljön!)	nem helytelenítem	helytelenítem	erősen helytelenítem	nem tudom
Napi 10 vagy több szál cigaretta elszívása.	1	2	3	0
Egy-két ital elfogyasztása hetente többször.	1	2	3	0
Marihuána vagy hasis kipróbálása.	1	2	3	0
Marihuána vagy hasis alkalmi fogyasztása.	1	2	3	0
Marihuána vagy hasis rendszeres használata.	1	2	3	0
Szintetikus kannabinoidok kipróbálása.	1	2	3	0
Szintetikus kannabinoidok rendszeres használata.	1	2	3	0
Dizájner stimulánsok kipróbálása.	1	2	3	0
Dizájner stimulánsok rendszeres használata.	1	2	3	0
Ecstasy (XTC) kipróbálása.	1	2	3	0
Heroin kipróbálása.	1	2	3	0
Nyugtatók orvosi javaslat nélküli kipróbálása.	1	2	3	0

42. Milyen mértékben ért egyet azzal, hogy meg kellene engedni az embereknek a következő szerek fogyasztását?

(Soronként egy választ jelöljön!)	teljesen egyetértek	nagymértékben egyetértek	egyet is értek meg nem is	nagymértékben nem értek egyet	egyáltalán nem értek egyet
Marihuána, hasis	1	2	3	4	5
Heroin	1	2	3	4	5
Amfetamin	1	2	3	4	5
Kokain	1	2	3	4	5

43. Véleménye szerint mennyire veszélyeztetik magukat (fizikailag és más módon) az emberek, ha a következőket teszik?

(Soronként egy választ jelöljön!)	nem	kicsit	közepesen	nagyon	nem tudom
Napi egy vagy több doboz cigaretta elszívása.	1	2	3	4	0
Öt vagy több ital elfogyasztása minden hétvégén.	1	2	3	4	0
Marihuána vagy hasis kipróbálása egyszer vagy kétszer.	1	2	3	4	0
Marihuána vagy hasis alkalmi fogyasztása.	1	2	3	4	0
Marihuána vagy hasis rendszeres fogyasztása.	1	2	3	4	0
Szintetikus kannabinoidok kipróbálása.	1	2	3	4	0
Szintetikus kannabinoidok rendszeres használata.	1	2	3	4	0
Dizájner stimulánsok kipróbálása.	1	2	3	4	0
Dizájner stimulánsok rendszeres használata.	1	2	3	4	0
Kokain kipróbálása.	1	2	3	4	0
Ecstasy (XTC) kipróbálása.	1	2	3	4	0
Nyugtatók kipróbálása (orvosi javaslat nélkül).	1	2	3	4	0
Nyugtatók rendszeres fogyasztása (orvosi javaslat nélkül).	1	2	3	4	0

44. A különböző társadalmakban különböző drogpolitikák léteznek a drog-jelenség kezelésére. Kérjük, az alábbi állítások közül válassza ki azt az egyet, amelyikkel leginkább egyetért! *(Csak egyet jelöljön!)*

1 Nemcsak tiltani kell a drogokat, de üldözni is. Más országokban (pl. Kolumbia) is fel kell lépni a termesztés ellen akár hatalmi, katonai erőkkel.

2 Minden drog fogyasztását tiltani kell, semmilyen drog fogyasztása senkinek, semmilyen körülmények között nem megengedhető.

3 Általában tiltani kell a drogok fogyasztását, de pl. a marihuána használata felett szemet kellene hunyni.

4 A marihuána használatát bizonyos helyeken, a 18 év felettieknek meg kellene engedni, de a többi drogot tiltani kell.

5 A marihuána használatát bárhol, bárkinek engedélyezni kell, a többi drogot viszont tiltani.

6 Minden drog használatát engedélyezni kellene, ugyanis a droghasználat a személyes szabadságjogok közé tartozik, ugyanakkor szabályozni kell a terjesztést.

7 Minden drog használatát szabályozás nélkül engedélyezni kellene, hiszen a droghasználat a személyes szabadságjogok közé tartozik.

Néhány személyes kérdés Önről, és a családjáról.

45. Neme

1 férfi

2 nő

3 egyéb, éspedig: ....

46. Van-e az Ön szűkebb családjában olyan személy, aki:

(Soronként több választ is megjelölhet!)	anyám	apám	más a családból	nincs senki	nem tudom
cigarettázik/cigarettázott	1	2	4	0	9
rendszeresen sok alkoholt fogyaszt/fogyasztott	1	2	4	0	9
sok nyugtatót vagy altatót szed/szedett	1	2	4	0	9
kábítószert használ/használt	1	2	4	0	9
rendszeresen szerencsejátékozik/szerencsejátékozott	1	2	4	0	9
öngyilkosságot kísérelt meg	1	2	4	0	9
öngyilkosságot követett el	1	2	4	0	9
börtönben van/volt	1	2	4	0	9
pszichiátriai probléma miatt kezelésben részesül/részesült	1	2	4	0	9

47. Előfordult-e Önnel, hogy...

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)	igen, az elmúlt évben	igen, de csak régebben	nem, soha
pszichiátriai problémája miatt ambuláns ellátásban részesült	2	1	0
pszichiátriai problémája miatt kórházi ellátásban részesült	2	1	0
alkoholproblémája miatt ambuláns (járóbeteg) ellátásban részesült	2	1	0
alkoholproblémája miatt kórházban vagy rehabilitációs intézetben volt	2	1	0
droggal kapcsolatos problémája miatt ambuláns ellátásban részesült	2	1	0
drogproblémái miatt kórházban vagy rehabilitációs intézetben volt	2	1	0
alkohollal kapcsolatos problémája miatt rendőrségi ügye volt	2	1	0
droggal kapcsolatos problémája miatt rendőrségi ügye volt	2	1	0
öngyilkosságot kísérelt meg	2	1	0

48. Hogyan érezte magát az elmúlt 1 hónap során?

(Soronként egy választ jelöljön!)	nem volt jellemző	alig volt jellemző	jellemző volt	nagyon jellemző volt
vidámnak és jókedvűnek	0	1	2	3
nyugodtnak és ellazultnak	0	1	2	3
aktívnak és élénknek	0	1	2	3
ébredéskor frissnek és élénknek	0	1	2	3
a napjaim tele voltak számomra érdekes dolgokkal	0	1	2	3

S végül még néhány kérdés általában az életével kapcsolatban.

49. Az alábbi kijelentések közül melyik igaz leginkább Önre?

1 vallásos vagyok, az egyház tanításait követem
2 vallásos vagyok a magam módján
3 nem tudom megmondani, hogy vallásos vagyok-e
4 nem vagyok vallásos
5 ateista vagyok

50. Összességében mennyire elégedett az élete különböző területeivel?

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)	egyáltalán nem				teljes mértékben
munkájával	1	2	3	4	5
anyagi körülményeivel	1	2	3	4	5
családi kapcsolataival	1	2	3	4	5
párkapcsolatával	1	2	3	4	5
egyéb társas (munkatársi, baráti, szomszédsági) kapcsolataival	1	2	3	4	5
egészségi állapotával	1	2	3	4	5

Kérjük, tegye be a borítékba a kérdőívet!

Köszönjük!

Kérjük, az alábbi négyzeteket hagyja üresen, azok a feldolgozáshoz szükségesek!

SORSZÁM 3 5 7 9 14

15/A 15/B 15/C 15/D 15/E

31/A 31/B 31/C 31/D 31/E 31/F 31/G 31/H 31/I 31/J

31/K 31/L 31/M 31/N

46/A 46/B 46/C 46/D 46/E 46/F 46/G 46/H 46/I

VB VA

1.3. MELLÉKLET: PSZICHOLÓGIAI SKÁLÁK

1. Az emberek különböznek abban, hogy miként gondolkoznak a különböző dolgokról és hogyan viselkednek a különböző helyzetekben. Ebben a kérdőívben ilyen viselkedési és gondolkodási módokat gyűjtöttünk össze. Miután elolvasta az egyes mondatokat, kérjük, jelölje a megfelelő szám bekarikázásával, hogy milyen mértékben, illetve milyen gyakran jellemző önre az adott állítás!

Ne gondolkozzon sokáig, hanem jelölje meg azt a választ, amelyik elsőként az eszébe jut! Ez a kérdőív nem teszt, itt nincsenek jó vagy rossz válaszok, csak arra kérjük, hogy őszintén válaszoljon! Köszönjük a segítségét!

Minden sorban egy választ jelöljön!		Soha, alig	Néha	Gyakran	Majdnem mindig, mindig
1.	Gondosan megtervezem a feladataimat.	1	2	4	5
2.	Gondolkodás nélkül cselekszem.	1	2	4	5
3.	Többet költök, mint amennyit keresek.	1	2	4	5
4.	Nagy az önuralmam.	1	2	4	5
5.	Gondolkodás nélkül kimondom a dolgokat.	1	2	4	5
6.	Gondolkodás közben elkalandozik a figyelmem.	1	2	4	5
7.	Könnyen tudok koncentrálni a dolgokra.	1	2	4	5
8.	A pillanat hevében cselekszem.	1	2	4	5
9.	Nyugtalanná válok, amikor csendben, ülve kellene maradnom.	1	2	4	5
10.	Alaposan át szoktam gondolni a dolgokat.	1	2	4	5

2. Kérjük, jelölje, hogy az alábbi állításokkal mennyire ért egyet!

Minden sorban egy választ jelöljön!		Nagyon nem értek vele egyet	Nem értek vele egyet	Egyetértek vele, meg nem is	Egyetértek	Nagyon egyetértek
1	Szeretnék felfedezni idegen helyeket.	1	2	3	4	5
2	Nyugtalan leszek, ha túl sok időt töltök otthon.	1	2	3	4	5
3	Szeretek ijesztő dolgokat csinálni.	1	2	3	4	5
4	Szeretem a vad bulikat.	1	2	3	4	5
5	Szeretnék úgy utazni, hogy nincs előre megtervezett útirány vagy menetrend.	1	2	3	4	5
6	Jobban szeretem azokat a barátokat, akik izgalmasan kiszámíthatatlanok.	1	2	3	4	5
7	Szeretném kipróbálni a kötélugrást (bungee jumping) vagy a vadvízi evezést.	1	2	3	4	5
8	Szeretnék új és izgalmas élményeket megtapasztalni, még akkor is, ha ezek révén törvényt szegek.	1	2	3	4	5

3. Az alábbiakban olyan dolgokat soroltunk fel, amiket az emberek akkor tesznek vagy gondolnak, amikor szomorúnak, elkeseredettnek vagy csüggedtnek érzik magukat. Kérjük, jelölje, hogy Ön soha, néha, gyakran vagy mindig ezen a módon reagál-e, amikor szomorú vagy lehangolt.

Minden sorban egy választ jelöljön!		Soha	Néha	Gyakran	Mindig
1	Azt gondolom, „mit tettem, amiért ezt érdemlem?"	1	2	3	4
2	A közelmúlt eseményeit elemezve próbálom megérteni, hogy miért vagyok lehangolt.	1	2	3	4
3	Azt gondolom, „miért reagálok mindig így?"	1	2	3	4
4	Igyekszem magamra maradni, és azon gondolkodom, hogy miért érzem magam így.	1	2	3	4
5	Leírom, hogy mit gondolok, és elemzem.	1	2	3	4
6	Egy mostanában megtörtént esetre gondolok, és azt kívánom, hogy bárcsak jobban történtek volna a dolgok.	1	2	3	4
7	Azt gondolom, „miért vannak olyan problémáim, amik másoknak nincsenek?"	1	2	3	4
8	Azt gondolom, „miért nem tudom jobban kézben tartani a dolgokat?"	1	2	3	4
9	A személyiségemet elemzem, hogy megértsem az érzéseimet.	1	2	3	4
10	Elvonulok valahová egyedül, hogy gondolkodni tudjak az érzéseimen.	1	2	3	4

4. Az elmúlt négy hét során mennyire zavarták Önt az alábbi tünetek?

Minden sorban egy választ jelöljön!		Egyáltalán nem zavart	Kissé zavart	Nagyon zavart
1	Gyomorfájás	0	1	2
2	Derék- vagy hátfájás	0	1	2
3	Kar, láb vagy ízületi fájdalom (térd, csípő stb.)	0	1	2
4	Nőknél: menstruációs görcsök vagy egyéb problémák a ciklus során	0	1	2
5	Fejfájás	0	1	2
6	Mellkasi fájdalom	0	1	2
7	Szédülés	0	1	2
8	Ájulásérzés, elgyengülés	0	1	2
9	Erős vagy szapora szívdobogás	0	1	2
10	Nehézlégzés, légszomj	0	1	2
11	Fájdalom vagy problémák a szexuális együttlét során	0	1	2
12	Székrekedés, híg vagy gyakori széklet	0	1	2
13	Hányinger, puffadás, bélgázok, emésztési problémák	0	1	2
14	Fáradtság, energiahiány	0	1	2
15	Alvással kapcsolatos problémák	0	1	2

5. Kérjük, jelölje, hogy az alábbi állítások mennyire jellemzőek Önre!

Minden sorban egy választ jelöljön!		Egyáltalán nem jellemző		Valamennyire jellemző		Nagyon jellemző
1	Sok helyzet tölt el aggodalommal.	1	2	3	4	5
2	Ha egyszer elkezdek aggodalmaskodni, képtelen vagyok abbahagyni.	1	2	3	4	5
3	Állandóan aggodalmaskodom.	1	2	3	4	5

6. Kérjük, olvassa el a következő nyolc állítást. Minden állítás esetében **jelezze,** hogy **mennyire ért azzal egyet.**
Válaszát egy hétfokú skálán tudja kifejezni, ahol az 1-es azt jelenti, hogy „Egyáltalán nem ért egyet" az állítással, a 7-es pedig azt, hogy „Teljes mértékben egyetért" vele. Nincsenek jó vagy rossz válaszok, s ne gondolkozzon túl sokat; első válaszát jelölje meg minden állításnál!

		Egyáltalán nem értek egyet						Teljes mértékben egyetértek
1	Az, hogy az emberek mit gondolnak, egy rejtély számomra.	1	2	3	4	5	6	7
2	Nem vagyok mindig tisztában azzal, hogy mit miért teszek.	1	2	3	4	5	6	7
3	Amikor dühbe gurulok, mondok dolgokat, anélkül, hogy tényleg tudnám, miért mondom azokat.	1	2	3	4	5	6	7
4	Amikor dühbe jövök, olyan dolgokat mondok, amiket később megbánok.	1	2	3	4	5	6	7
5	Amikor elbizonytalanodom, néha úgy viselkedek, ami felbosszant másokat.	1	2	3	4	5	6	7
6	Néha anélkül teszek dolgokat, hogy ténylegesen tudnám, miért teszem azokat.	1	2	3	4	5	6	7
7	Mindig tudom, mit érzek.	1	2	3	4	5	6	7
8	Az erős érzések gyakran elhomályosítják a gondolataimat.	1	2	3	4	5	6	7

7. Hány éves korában történtek Önnel az alábbi dolgok?

			nem tudom	soha
Napi rendszerességgel kezdett internetezni	....	évesen	9	0
Napi rendszerességgel kezdett használni valamilyen közösségi oldalt	....	évesen	9	0
Először játszott valamilyen videojátékot	....	évesen	9	0
Napi rendszerességgel kezdett videojátékozni	....	évesen	9	0
Először használt mobiltelefont	....	évesen	9	0
Először használt okostelefont	....	évesen	9	0
Először játszott valamilyen szerencsejátékot	....	évesen	9	0
Elkezdett legalább hetente sportolni	....	évesen	9	0
Legalább hetente kezdett kedvtelésből, a vársárlás öröme miatt vásárolni	....	évesen	9	0
Legalább heti 40 órát kezdett dolgozni	....	évesen	9	0

1.4. MELLÉKLET: A VISELKEDÉSI ADDIKCIÓK ELTERJEDTSÉGÉNEK BECSLÉSÉRE ALKALMAZOTT MÉRŐESZKÖZÖK (SKÁLALAPOK)

1. SKÁLALAP					

Az alábbiakban a munkájához való viszonyával kapcsolatban olvashat néhány állítást. Kérjük, olvassa el az állításokat, és az egyes állítások mellett jelölje meg azt, hogy mennyire volt jellemző Önre **az elmúlt egy évben**!

	Minden sorban egy választ jelöljön!	Egyáltalán nem jellemző	Inkább nem jellemző	Jellemző is meg nem is	Inkább jellemző	Nagyon jellemző
1	Gondolkodott azon, hogyan tudna még több időt a munkájának szentelni.	0	1	2	3	4
2	Többet dolgozott, mint amennyit eredetileg tervezett.	0	1	2	3	4
3	Azért dolgozott, hogy csökkentse a bűntudatát, szorongását, kilátástalanságát vagy depresszióját.	0	1	2	3	4
4	Azt tapasztalta, hogy mások arra kérték, hogy kevesebbet dolgozzon, de Ön nem hallgatott rájuk.	0	1	2	3	4
5	Feszültté vált, amikor akadályozva volt a munkavégzésben.	0	1	2	3	4
6	Háttérbe szorította hobbijait, szabadidős tevékenységét, vagy a sportot a munkája miatt.	0	1	2	3	4
7	Olyan sokat dolgozott, hogy egészségügyi problémákat észlelt emiatt	0	1	2	3	4

2. SKÁLALAP					

Az alábbiakban különböző állításokat olvashat.

Kérjük, olvassa el az állításokat, és az egyes állítások mellett jelölje meg azt, hogy **Önre mennyire igazak az alábbi állítások!**

	Minden sorban egy választ jelöljön!	Egyáltalán nem igaz	Inkább nem igaz	Részben igaz	Teljesen igaz
1	Nem tudom a problémáimat megoldani.	0	1	2	3
2	Sorsom alakulását alig tudom befolyásolni.	0	1	2	3
3	Gyakran fontos dolgokban is tehetetlen vagyok.	0	1	2	3
4	Gondjaim többségén alig tudok enyhíteni.	0	1	2	3
5	Gyakran érzem magányosnak magam.	0	1	2	3
6	Manapság alig tudok eligazodni az élet dolgaiban.	0	1	2	3

3. SKÁLALAP					

1. Azokon a napokon, amikor hagyományos cigarettát használ, ébredés után mennyi idővel gyújt rá az első cigarettára?

5	0–5 perc múlva
4	6–15 perc múlva
3	16–30 perc múlva
2	31–60 perc múlva
1	61–120 perc múlva
0	több mint 121 perc múlva

2. Szeretne leszokni a dohányzásról?

0	Már nem dohányzom.
1	Igen, de nem tudom, hogy mikor.
2	Igen, de biztosan nem egy éven belül.
3	Igen, de nem a következő 6 hónapban (fél évben).
4	Igen, 6 hónapon (fél éven) belül.
5	Igen, egy hónapon belül.
6	Nem.

4. SKÁLALAP					

1. Mennyire voltak fontosak az alábbi szempontok az Ön számára az e-cigaretta kipróbálásában?

	Egyáltalán nem				Nagyon fontos	Nem tudom
Segíthet a dohányzásról való leszokásban.	1	2	3	4	5	9
Csökkentheti a dohányzás mértékét, azaz kevesebbet kell szívni a hagyományos cigarettából.	1	2	3	4	5	9
Akkor is használhatok valamit, amikor a dohányzás nem megengedett.	1	2	3	4	5	9
Leszokást követően megelőzhetem a dohányzás újrakezdését és a visszaesést.	1	2	3	4	5	9
Mert élvezetesnek gondoltam vagy annak találtam.	1	2	3	4	5	9
Kíváncsiság / csak ki akar-tam próbálni.	1	2	3	4	5	9

2. Hogyan jellemezné a dohányzását az elmúlt 30 napban? A legjellemzőbbet válassza ki!

1 Csak hagyományos cigarettát használtam.
2 Hagyományos cigarettát és e-cigarettát felváltva használtam a nap során.
3 Az egyes napokon vagy hagyományos cigarettát vagy e-cigarettát használtam.
4 Csak e-cigarettát használtam.
5 Nem használtam egyiket sem.

Ha nem használt e-cigarettát az elmúlt 30 napban, akkor kérjük, a skálalapot tegye a borítékba a további kérdések kitöltése nélkül!

3. Azokon a napokon, amikor használja, naponta hány alkalommal szokott e-cigarettát használni? (Azt feltételezve, hogy egy alkalom körülbelül 15 slukknak vagy 10 percnek felel meg.)

0 naponta 0–4 alkalommal
1 naponta 5–9 alkalommal
2 naponta 10–14 alkalommal
3 naponta 15–19 alkalommal
4 naponta 20–29 alkalommal
5 naponta 30 vagy ennél több alkalommal
9 nem tudom

4. Azokon a napokon, amikor e-cigarettát használ, ébredés után mennyi idővel gyújt rá az első e-cigarettára?

5 0–5 perc múlva
4 6–15 perc múlva
3 16–30 perc múlva
2 31–60 perc múlva
1 61–120 perc múlva
0 több mint 121 perc múlva

5. Felébred néha éjszaka azért, hogy használja az e-cigarettáját?

1 igen
0 nem

6. Általában hetente hány éjszaka szokott felébredni azért, hogy hogy az e-cigarettáját használja?

0 0–1 éjszaka
1 2–3 éjszaka
2 több mint 4 éjszaka

4. SKÁLALAP folytatás

7. Jelenleg azért használ e-cigarettát, mert nagyon nehéz leszokni a dohányzásról?

1 igen

0 nem

8. Szokott erősen sóvárogni az e-cigaretta használata után?

1 igen

0 nem

9. Az elmúlt héten mennyire erős késztetést érzett az e-cigaretta használata iránt?

0 Nem éreztem / enyhe késztetést éreztem

1 Mérsékelt/erős késztetést éreztem

2 Nagyon erős / rendkívül erős késztetést éreztem

10. Nehezebb olyan helyeken megtartóztatni magát az e-cigaretta használatától, ahol ez tilos?

1 igen

0 nem

11. Előfordult-e Önnel, hogy amikor már egy ideje nem használt e-cigarettát, vagy amikor megpróbált leszokni a használatáról...

(Minden sorban egy választ jelöljön meg!)	Igen	Nem
...ingerlékenyebbnek érezte magát azért, mert nem használhat e-cigarettát?	1	0
...érezte magát idegesnek, nyugtalannak vagy feszültnek azért, mert nem használhat e-cigarettát?	1	0

12. Tervezi-e abbahagyni vagy leszokni az e-cigarettáról?

1 Igen, de nem tudom, hogy mikor.

2 Igen, de biztosan nem egy éven belül.

3 Igen, de nem a következő 6 hónapban (fél évben).

4 Igen, 6 hónapon (fél éven) belül.

5 Igen, egy hónapon belül.

Nem

5. SKÁLALAP					

Milyen mértékben használta az alábbi tevékenységekre az internetet az <u>ELMÚLT 30 NAPBAN</u> (NEM munkavégzés céljából, minden eszközt figyelembe véve, pl. számítógép, okostelefon)?

Válaszát 10 fokozatú skálán adja meg, ahol az 1-es azt jelenti, hogy egyáltalán nem használta erre, a 10-es pedig azt, hogy szinte csak erre használta. A köztes fokozatokat a fennmaradó számok fejezik ki!

Minden sorban egy választ jelöljön!	Egyáltalán nem									Nagyon gyakran
keresés, böngészés (pl. információk, hírek, érdekességek)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
közösségi oldalak (pl. Facebook, Instagram) használata (beszélgetés, posztolás, posztok nézegetése)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
szexoldalak látogatása	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
online játékok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
online zenehallgatás, videó- és filmnézés (pl. Youtube, Netflix, Twitch.tv)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
online vásárlás, nézelődés	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ügyintézés (közigazgatási ügyek, bankolás, egyéb ügyintézés	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e-mailezés	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Egyéb, éspedig:..	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Egyéb, éspedig:..	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. SKÁLALAP folytatás					

Kérjük, olvassa el az alábbi állításokat, és az egyes állítások mellett jelölje meg azt, hogy milyen gyakran fordultak elő Önnel az elmúlt évben!

Válaszait 1-től 5-ig terjedő skálán adja meg!

	Minden sorban egy választ jelöljön!	Soha	Ritkán	Időnként	Gyakran	(Majdnem) mindig
1	Milyen gyakran érezte úgy, hogy csökkentenie kellene az internetezéssel töltött időt?	1	2	3	4	5
2	Milyen gyakran hanyagolta el otthoni teendőit azért, hogy többet internetezhessen?	1	2	3	4	5
3	Milyen gyakran érezte nyugtalannak, feszültnek magát, ha nem internetezhetett annyit, amennyit szeretett volna?	1	2	3	4	5
4	Milyen gyakran volt úgy, hogy szerette volna csökkenteni az internetezéssel töltött időt, de nem sikerült?	1	2	3	4	5
5	Milyen gyakran internetezett olyankor, amikor inkább aludnia kellett volna?	1	2	3	4	5
6	Milyen gyakran érezte nyugtalannak, feszültnek magát, ha több napig nem tudott internetezni?	1	2	3	4	5
7	Milyen gyakran próbálta titkolni, hogy mennyi időt töltött internetezéssel?	1	2	3	4	5
8	Milyen gyakran panaszkodtak a környezetében lévők arra, hogy túl sokat internetezik?	1	2	3	4	5
9	Milyen gyakran fordul elő Önnel, hogy depressziósnak, szomorúnak, idegesnek érezte magát, amikor nem internetezett, és ez az érzés elmúlt, amikor újra internetezni kezdett?	1	2	3	4	5

6. SKÁLALAP					

Kérjük, sorolja fel azt a maximum három közösségi oldalt, amelyet a leggyakrabban használt az elmúlt 30 napban EGY ÁTLAGOS NAPON?

1. ______________________________

2. ______________________________

3. ______________________________

A következőkben kifejezetten csak a KÖZÖSSÉGI OLDALAK (Facebook, Twitter stb.) használatával kapcsolatban olvashat néhány állítást.

Ön tapasztalta-e, és ha igen, milyen gyakran az elmúlt évben a következőket?

Kérjük, válaszait 1-től 5-ig terjedő skálán adja meg!

	Minden sorban egy választ jelöljön!	Soha	Ritkán	Időnként	Gyakran	(Majdnem) mindig
1	Sokat gondoltam a közösségi oldalakra vagy arra, hogy mit fogok csinálni, amikor újra használhatom őket.	1	2	3	4	5
2	Késztetést éreztem, hogy egyre több időt töltsek a közösségi oldalakon.	1	2	3	4	5
3	Arra használtam a közösségi oldalakat, hogy megfeledkezzek a személyes problémáimról.	1	2	3	4	5
4	Megpróbáltam kevesebb időt tölteni a közösségi oldalakon, de nem sikerült.	1	2	3	4	5
5	Nyugtalanná vagy zaklatottá váltam, ha nem használhattam a közösségi oldalakat.	1	2	3	4	5
6	A közösségi oldalakon töltött idő negatív hatással volt a tanulmányi vagy munkahelyi eredményemre.	1	2	3	4	5

6. SKÁLALAP folytatás					

Milyen mértékben végezte az alábbi tevékenységeket a közösségi oldalakon az <u>ELMÚLT 30 NAPBAN</u> (minden eszközt figyelembe véve, pl. számítógép, okostelefon)?
Válaszát 10 fokozatú skálán adja meg, ahol az 1-es azt jelenti, hogy egyáltalán nem használta erre, a 10-es pedig azt, hogy szinte csak erre használta. A köztes fokozatokat a fennmaradó számok fejezik ki!

Minden sorban egy választ jelöljön!	Egyáltalán nem									Nagyon gyakran
hírfolyam követése, olvasása	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
csetelés, üzenetek küldése	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
posztolás, képek megosztása	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
játékok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
csoportokon belüli kommunikáció	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Egyéb, éspedig:..	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. SKÁLALAP					

Milyen gyakran játszik videojátékokat a következő okokból?

Minden sorban egy választ jelöljön!		(Majdnem) soha	Időnként	Az esetek felében	Az esetek nagyobb részében	(Majdnem) mindig
1	mert a játék segít elfeledtetni a mindennapi gondokat	1	2	3	4	5
2	mert elfeledteti velem az igazi életet	1	2	3	4	5
3	mert a játékkal elmenekülhetek a valóság elől	1	2	3	4	5
4	hogy elfelejtsem, ha valami kellemetlenség ért vagy valami megbántott	1	2	3	4	5

Milyen gyakran fordultak elő Önnel az alábbiak az ELMÚLT 12 HÓNAPBAN?

Minden sorban egy választ jelöljön!		Soha	Időnként	Gyakran
1	Amikor nem játszott, a játékról fantáziált; felidézte, hogy milyen volt játszani, vagy a legközelebbi játékot tervezte?	0	1	2
2	Nyugtalannak, lehangoltnak, ingerlékenynek, dühösnek vagy szomorúnak érezte magát, amikor nem volt lehetősége játszani, vagy kevesebbet játszott, mint korábban?	0	1	2
3	Azt tapasztalta, hogy egyre gyakrabban vagy egyre több időt kell játszania ahhoz, hogy elégnek érezze, amennyit játszott?	0	1	2
4	Szerette volna csökkenteni a játékkal töltött időt, de nem sikerült?	0	1	2
5	Kevésbé volt kedve találkozni a barátaival, vagy csökkent az érdeklődése olyan programok vagy hobbik iránt, amiket korábban kedvelt, mert inkább játszani volt kedve?	0	1	2
6	Sokat játszik annak ellenére, hogy tudatában van, hogy ez rossz hatással van az életére (például nem alszik eleget, nem tud megfelelően teljesíteni a munkája vagy a tanulmányai terén, vitát okoz a családtagjaival, barátaival, vagy elhanyagol a játék miatt egyéb fontos teendőket stb.)?	0	1	2
7	Megpróbálta eltitkolni családtagjai, barátai vagy más, az Ön számára fontos személy elől, hogy mennyit játszik, vagy hazudott nekik emiatt?	0	1	2
8	Azért játszott, hogy kevésbé bántsa valamilyen kellemetlen érzés (pl. szorongás, rossz hangulat, bűntudat stb.)?	0	1	2
9	Kockára tett vagy akár el is vesztett egy fontos kapcsolatot a játszás miatt?	0	1	2
10	Rossz hatással volt a munkahelyi vagy a tanulmányi eredményeire a játék?	0	1	2

7. SKÁLALAP folytatás					

Milyen típusú videojátékokkal játszik, és milyen gyakran?

	Minden sorban egy választ jelöljön!	Soha	Ritkábban, mint havonta	Legalább havonta	Legalább hetente	Naponta
1	Szerepjátékok, RPG, MMORPG, akció RPG (pl. World of Warcraft, Skyrim, Fallout 4, Telltale games)	1	2	3	4	5
2	Lövöldözős játékok, FPS, TPS (pl. Overwatch, Call of Duty, Battlefield, Counter Strike)	1	2	3	4	5
3	Stratégiai játékok, RTS, TBS (pl. Starcraft, Hearthstone, Civilization, XCom)	1	2	3	4	5
4	MOBA (pl. League of Legends, Dota 2, Heroes of the Storm)	1	2	3	4	5
5	Battle Royale (pl. PUBG, Fortnite, Apex Legends)	1	2	3	4	5
6	Sport/verseny (pl. FIFA, Need for Speed, Madden NFL)	1	2	3	4	5
7	Szimulátorok (pl. survival [Minecraft], jármű [Euro Truck], állat [Goat], élet [Sims])	1	2	3	4	5
8	Egyéb (pl. mobilos játékok, puzzle, platformer, casual játékok, Facebook játékok)	1	2	3	4	5

8. SKÁLALAP					

Az alábbi kérdések a mobiltelefonja használatával kapcsolatosak. Mennyire ért egyet az alábbi állításokkal?

	Minden sorban egy választ jelöljön!	Egyáltalán nem értek egyet	Nem értek egyet	Egyetértek	Teljesen egyetértek
1	Könnyű számomra egy egész napot eltölteni anélkül, hogy használnám a mobilomat.	1	2	3	4
2	Nehezemre esik, hogy ne használjam a mobilomat bármikor, amikor csak kedvem van hozzá.	1	2	3	4
3	Jól elvagyok a mobilom nélkül.	1	2	3	4
4	Elveszettnek érzem magam a mobilom nélkül.	1	2	3	4
5	Nehezemre esik kikapcsolni a mobilomat.	1	2	3	4

Milyen gyakran fordul elő, hogy AUTÓVEZETÉS KÖZBEN a következőket teszi?

	Minden sorban egy választ jelöljön!	Nem vezetek autót	Soha	Nagyon ritkán	Időnként	Elég gyakran	Nagyon gyakran
1	Fülhallgatóval telefonálok.	0	1	2	3	4	5
2	Úgy telefonálok, hogy a telefon a kezemben van.	0	1	2	3	4	5
3	Üzenetet küldök.	0	1	2	3	4	5
4	Közösségi oldalakat használok.	0	1	2	3	4	5

9. SKÁLALAP					

Milyen mértékben használta az alábbi tevékenységekre az okostelefonját az <u>ELMÚLT 30 NAPBAN</u>?
Válaszát 10 fokozatú skálán adja meg, ahol az 1-es azt jelenti, hogy egyáltalán nem használta erre, a 10-es pedig azt, hogy szinte csak erre használta. A köztes fokozatokat a fennmaradó számok fejezik ki!

Minden sorban egy választ jelöljön!	Egyáltalán nem									Nagyon gyakran
telefonálás	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
üzenetküldés (pl. SMS, csetelés)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
közösségi oldalak (pl. Facebook, Instagram) használata (posztolás, posztok nézegetése)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
játékok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
internetezés (böngészés, információkeresés, hírek)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
zenehallgatás, videó- és filmnézés (pl. Youtube)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e-mailezés	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ügyintézés (közigazgatási ügyek, bankolás, egyéb ügyintézés	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Egyéb, éspedig:..	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Egyéb, éspedig:..	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10. SKÁLALAP					

Előfordult-e önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy ...

Minden sorban egy választ jelöljön!

		Soha	Néha	Gyakran	Majdnem mindig
1	... nagyobb összeget kockáztatott, mint amekkora veszteséget megengedhet magának?	0	1	2	3
2	... nagyobb összeget kellett kockáztatnia ahhoz, hogy ugyanazt az izgalmat élhesse át, mint korábban?	0	1	2	3
3	... hogy egy veszteséget követően rövid időn belül visszament, hogy visszanyerje a korábban elveszített pénzét?	0	1	2	3
4	... pénzt kért kölcsön valakitől, vagy eladott valamit, hogy pénzhez jusson a játékhoz?	0	1	2	3
5	... úgy érezte, hogy problémája van a szerencsejátékkal kapcsolatosan?	0	1	2	3
6	... a szerencsejáték miatt valamilyen egészségügyi problémája volt, beleértve a stresszt és a szorongást is?	0	1	2	3
7	... mások szóvá tették, hogy Ön szerencsejátékozik, vagy azt mondták, hogy Önnek problémája van a szerencsejátékkal (függetlenül attól, hogy Ön szerint igazuk volt, vagy sem)?	0	1	2	3
8	... anyagi nehézségei támadtak Önnek vagy az Önnel együtt élőknek a szerencsejáték miatt?	0	1	2	3
9	... bűntudatot érzett a szerencsejátékozása vagy annak következményei miatt?	0	1	2	3

11. SKÁLALAP					

<u>Milyen gyakran</u> szokott a szabadidejében olyan sokat edzeni, hogy megizzad, hevesebben ver a szíve, és gyorsabban vesz levegőt?

1 mindennap
2 hetente 4-6 alkalommal
3 hetente 2-3 alkalommal
4 hetente egyszer
5 ritkábban, mint havonta
6 soha

<u>Hány órán át</u> szokott a szabadidejében olyan sokat edzeni, hogy megizzad, hevesebben ver a szíve, és gyorsabban vesz levegőt?

1 soha
2 kb. fél órát
3 kb. 1 órát
4 2-3 órát
5 4-6 órát
6 7 órát vagy többet

Kérjük, jelölje meg, hogy az egyes állításokkal mennyire ért egyet!

Minden sorban egy választ jelöljön!	Egyáltalán nem értek egyet	Nem értek egyet	Inkább nem értek egyet	Inkább egyetértek	Egyetértek	Teljes mértékben egyetértek
A testedzés a legfontosabb dolog az életemben.	1	2	3	4	5	6
Konfliktusok adódnak köztem és a családom és/vagy partnerem között amiatt, hogy mennyit edzek.	1	2	3	4	5	6
A testedzést arra használom, hogy a hangulatomon változtassak (pl. hogy kellemesebben érezzem magam, vagy ne kelljen a problémáimmal foglalkoznom).	1	2	3	4	5	6
Az elmúlt időszak során növeltem a napi edzésmennyiségemet.	1	2	3	4	5	6
Ha ki kell hagynom egy edzést, rosszkedvű és ideges leszek.	1	2	3	4	5	6
Ha lecsökkentem a szokásos edzésmennyiségemet, akkor, amikor újra elkezdem az edzést, addig folytatom, amíg az eredeti mennyiséget el nem érem.	1	2	3	4	5	6

12. SKÁLALAP					

Milyen magas Ön? (Amennyiben nem tudja pontosan, írjon becsült értéket!)

.... cm

Mennyi az Ön testsúlya? (Amennyiben nem tudja pontosan, írjon becsült értéket!)

.... kg

Milyen testsúllyal lenne Ön elégedett? Mi a vágya, hogy hány kilogramm legyen?

.... kg

A következő kérdések az evéssel, táplálkozással kapcsolatosak. Válaszoljon „igen"-nel vagy „nem"-mel, aszerint, hogy előfordulnak-e Önnel a következő dolgok.

Minden sorban egy választ jelöljön!	igen	nem
Aggódik-e amiatt, hogy elvesztette a kontrollt afölött, hogy mennyit eszik?	1	2
Fogyott-e az utolsó három hónapban 5 kg-nál többet?	1	2
Kövérnek érzi-e magát, amikor mások azt mondják, hogy túl sovány?	1	2
Elmondhatja-e magáról, hogy az étel uralja az életét?	1	2
Előfordul-e, hogy meghánytatja önmagát, mert úgy érzi, hogy kellemetlenül tele van?	1	2

Kérjük, karikázza be a megfelelő választ!

	Minden sorban egy választ jelöljön!	mindig	rendszerint	gyakran	néha	ritkán	soha
1	Ha összehasonlítom a saját testemet a kortársaiméval, elégedetlen vagyok vele.	5	4	3	2	1	0
2	Hajlamos vagyok elrejteni a testemet (pl. bő ruhákat hordok).	5	4	3	2	1	0
3	Ha megnézem magam a tükörben, elégedetlen vagyok a	5	4	3	2	1	0
4	Irigylem mások testi megjelenését.	5	4	3	2	1	0

13. SKÁLALAP					

Az emberek különböző mértékben vásárolnak különböző termékeket. Kérjük, jelölje 7-fokú skálán, hogy Önre mennyire jellemzőek az alábbi kijelentések (1 – nagyon nem jellemző, 7 – nagyon jellemző)! Kérjük, hogy bolti és internetes vásárlásait egyaránt vegye figyelembe válaszadásnál!

	Minden sorban egy választ jelöljön!	Nagyon nem jellemző						Nagyon jellemző
1	Mások szerint mániás vásárló vagyok.	1	2	3	4	5	6	7
2	Felbontatlan csomagok vannak a szekrényemben.	1	2	3	4	5	6	7
3	Az életem egy jelentős része a vásárlásról szól.	1	2	3	4	5	6	7
4	Gyakran pillanatnyi késztetések hatására vásárolok.	1	2	3	4	5	6	7
5	Mások szerint kényszeres vásárló vagyok.	1	2	3	4	5	6	7
6	Vásárolok olyan dolgokat, amelyekre nincs szükségem.	1	2	3	4	5	6	7
7	Vásárolok olyasmit, amit nem terveztem megvenni.	1	2	3	4	5	6	7

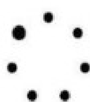
1.5. MELLÉKLET: RRM KÉRDÉSEK

Kérjük, minden kérdés előtt dobjon a munkatársunktól kapott érmével! A dobás eredményét ne mondja meg a jelen lévő munkatársunknak. Ha a dobás eredménye „fej", akkor a 'Fej' oszlopban lévő kérdésre válaszoljon, ha viszont „írás", akkor az 'Írás' oszlop kérdését válaszolja meg.

A munkatársunk nem fogja tudni, hogy Ön melyik kérdésre válaszolt.

Fej*	Írás (A alminta)**	Írás (B alminta)**
Eddigi élete során kipróbálta-e már a marihuánát, hasist?	A háztartás, amelynek tagja, előfizet-e valamilyen papíralapú vagy online újságra?	Ismételt-e évet az általános iskolai tanulmányai során?
Az elmúlt 12 hónapban fogyasztott-e marihuánát, hasist?	Van-e otthon internet-előfizetésük?	Van-e legalább középfokú nyelvvizsgája bármilyen nyelvből?
Eddigi élete során kipróbálta-e már a szintetikus kannabinoidokat (herbál, biofű, varázsdohány, szintetikus fű)?	Részt vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen vallási alkalmon?	Van-e személygépkocsi-jogosítványa?
Eddigi élete során kipróbálta-e már az ecstasyt?	Részt vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen baráti összejövetelen?	Tagja-e valamilyen sportklubnak vagy sportegyesületnek?
Eddigi élete során kipróbálta-e már az amfetamint?	Részt vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen családi összejövetelen (olyan családtagokkal, akikkel nem él közös háztartásban)?	Volt-e már életében valaha munkanélküli?
Az elmúlt hónapban fogyasztott-e legalább 20 alkalommal alkoholt?	Olvasott-e az elmúlt héten valamilyen könyvet (hagyományos papíralapút vagy digitálisat, de nem tankönyvet)?	Látott-e tegnap időjárás-jelentést a tv-ben?
		* direkt kérdés; ** független (alternatív) kérdés





elte | ppk

BLS/OLAAP 2019
Válaszlapfüzet

1.6. MELLÉKLET: VÁLASZLAPFÜZET

19. VÁLASZLAP				
	Háztartásának heti nettó bevétele	**Háztartásának havi nettó bevétele**	**Háztartásának éves nettó bevétele**	
J	31 ezer Ft vagy kevesebb	125 ezer Ft vagy kevesebb	1,5 millió Ft vagy kevesebb	J
R	32–39 ezer Ft	126–156 ezer Ft	1,6–1,8 millió Ft	R
C	40–45 ezer Ft	157–180 ezer Ft	1,9–2,2 millió Ft	C
M	46–53 ezer Ft	181–210 ezer Ft	2,3–2,5 millió Ft	M
F	54–60 ezer Ft	211–240 ezer Ft	2,5–2,7 millió Ft	F
S	61–64 ezer Ft	241–255 ezer Ft	2,8–3 millió Ft	S
K	65–75 ezer Ft	256–300 ezer Ft	3,1–3,6 millió Ft	K
P	76–95 ezer Ft	301–380 ezer Ft	3,7–4,5 millió Ft	P
D	96–100 ezer Ft	381–400 ezer Ft	4,6–4,8 millió Ft	D
H	100 ezer Ft felett	400 ezer Ft felett	4,8 millió Ft felett	H

20. VÁLASZLAP	
1	kényelmesen megélünk a jelenlegi jövedelmünkből
2	kijövünk a jelenlegi jövedelmünkből
3	nehezen élünk meg a jelenlegi jövedelmünkből
4	nagyon nehezen élünk meg a jelenlegi jövedelmünkből

21. VÁLASZLAP	
a.	Egy lakás, amiben mindenkinek van egy külön szobája
b.	WC és fürdőszoba vagy zuhanyzó a lakásban
c.	Automata mosógép
d.	Mosogatógép
e.	LCD, plazma-televízió ('lapos tv')
f.	Otthoni/saját internet-hozzáférés
g.	Asztali számítógép vagy laptop
h.	Okostelefon, táblagép
i.	Évente egy hétre elutazni valahova pihenni
j.	Rendszeresen vásárolhasson új ruhákat
k.	Lecserélhesse elöregedett bútorait, háztartási eszközeit
l.	Megfelelően melegen tarthassa a lakását
m.	Havonta egyszer étteremben ebédelhessen
n.	Havonta egyszer meghívhassa barátait vacsorára
o.	Autó (a háztartásban valakinek személyes tulajdonában)
p.	Havonta legalább 10 ezer forintot félre tudjon tenni

21/B. VÁLASZLAP	
1	megvan/megtehetjük
2	nincs / nem tehetjük meg, mert nem telik rá
3	más okból nincs (pl. nincs rá szükségem/szükségünk)

22. VÁLASZLAP	
1	magasan a legjobbak között van
2	sokkal jobb az átlagnál
3	valamivel jobb az átlagnál
4	átlagos
5	valamivel rosszabb az átlagnál
6	sokkal rosszabb az átlagnál
7	a legrosszabbak között van

24. VÁLASZLAP	
1	egyáltalán nem értek egyet
2	inkább nem értek egyet
3	inkább egyetértek
4	teljesen egyetértek

25. VÁLASZLAP	
1	soha
2	ritkábban, mint havonta egyszer
3	havonta egyszer
4	havonta többször is
5	hetente egyszer
6	hetente többször
7	mindennap

26. VÁLASZLAP	
0	egy sincs
1	egy
2	kettő
3	három
4	négy-hat
5	hét-kilenc
6	tíz vagy több

27. VÁLASZLAP	
1	sokkal ritkábban, mint mások
2	ritkábban, mint mások
3	körülbelül annyiszor, mint mások
4	többször, mint mások
5	sokkal többször, mint mások

33. VÁLASZLAP	
0	soha nem szoktam internetezni
1	az elmúlt 30 napban nem interneteztem
2	kevesebb mint 1 órát
3	1-2 órát
4	3-4 órát
5	5-6 órát
6	7-8 órát
7	több mint 8 órát

34. VÁLASZLAP	
0	soha nem használtam közösségi oldalakat
1	az elmúlt 30 napban nem használtam
2	kevesebb mint 1 órát
3	1-2 órát
4	3-4 órát
5	5-6 órát
6	7-8 órát
7	több mint 8 órát

36. VÁLASZLAP	
0	soha nem játszottam videojátékokkal
1	az elmúlt 30 napban nem játszottam
2	kevesebb mint 1 órát
3	1-2 órát
4	3-4 órát
5	5-6 órát
6	7-8 órát
7	több mint 8 órát

42. VÁLASZLAP	
1	ellenezném
2	inkább nem
3	attól függ
4	nem befolyásolna
5	szívesen látnám

43. VÁLASZLAP	
1	sokkal kevesebbet
2	kevesebbet
3	ugyanannyit, mint most
4	többet
5	sokkal többet

2. A SZERHASZNÁLÓ MAGATARTÁSOK BECSLÉSÉRE ALKALMAZOTT INDIKÁTOROK ÉS AZOK KOMPATIBILITÁSA

2.1. MELLÉKLET: A TILTOTTDROG-HASZNÁLAT BECSLÉSÉRE ALKALMAZOTT INDIKÁTOROK

Az OLAAP 2019 és a BLS 2019 kutatásokban a tiltottdrog-használat becslésére alkalmazott indikátorok és ezek kompatibilitása (X-szel jelölve) a nemzetközi ajánlásokkal és a korábbi hazai vizsgálatokkal

Indikátorok	Kompatibilitások						
	EMCDDA[1]	ADE 2001[2]	ADE 2003[3]	OLAAP 2007[4]	OLAAP 2015[5]	OLAAP 2019	BLS 2019
Észlelt fogyasztás szerenként	X	X	X	X	X	X	X
Életprevalencia szerenként	X	X	X	X	X	X	X
Fogyasztási gyakoriság az eddigi élet során szerenként	-	X	X	X	X	X	X
Éves prevalencia szerenként	X	X	X	X	X	X	X
Havi prevalencia szerenként	X	X	X	X	X	X	X
Fogyasztási gyakoriság az előző hónapban szerenként	X	X	X	X	X	X	X

1 Ebben az oszlopban tüntettük fel az EMQ kérdéseket (EMCDDA, 2002), valamint az EMCDDA által az aktuális jelentésstruktúrában, illetve standard táblákban megfogalmazott adatigényeket, továbbá az új szerek (NPS) használatának nyomon követésére megfogalmazott EMCDDA ajánlásokat (EMCDDA, 2015).
Az EMCDDA (2002) ajánlásban (EMQ) szereplő tiltott drogok: kannabisz, ecstasy, amfetamin, heroin, kokain, LSD. Az EMCDDA standard táblái ezenkívül rákérdeznek a következő szerhasználatokra: egyéb opiátok, crack, egyéb hallucinogének, inhalánsok, anabolikus szteroidok, más drogok. A hazai vizsgálatokban a fentieken kívül a következő szerekre vonatkozóan szerepeltek/szerepelnek kérdések: ADE 2003: GHB; OLAAP 2007: GHB, herbál drogok, rush, angyalpor, I-por (ketamin), patron/lufi; OLAAP 2015: GHB, Mefedron, OLAAP 2017, BLS 2019 kutatásban szereplő drogok a 1.2. mellékletben szereplő 'B' kérdőívben megtalálhatók.

2 Alkohol és Drogepidemiológiai vizsgálat 2001 (Paksi, 2003).

3 Alkohol és Drogepidemiológiai vizsgálat 2003 (Elekes & Paksi, 2004).

4 Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról 2007 (Paksi et al., 2009).

5 Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról 2015 (Paksi et al., 2017).

Indikátorok	Kompatibilitások						
	EMCDDA[1]	ADE 2001[2]	ADE 2003[3]	OLAAP 2007[4]	OLAAP 2015[5]	OLAAP 2019	BLS 2019
Az első használat éve (fontosabb szerekre[6])	X	X	X	X	X	X	X
Rekreációs droghasználat (marihuána, ecstasy, amfetamin, más drogok)	-	-	X	X	X	X	X
Addikció Súlyossági Skála (SDS)[7]	-	-	-	-	X	X	X
Problémás kannabiszhasz-nálat (CAST[8])	X	-	-	X	X	X	X
Észlelt hozzáférhetőség (szerenként)	X	-	-	-	X	X	-
Fogyasztásnak való kitettség (szerenként)	X	-	-	-	X	X	-
Drogprobléma miatti ambuláns ellátás	-	X	X	X	X	X	X
Drogprobléma miatti kórházi ellátás	-	X	X	X	X	X	X
Drogprobléma miatti rendőrségi ügy	-	X	X	X	X	X	X
Új pszichoaktív szerekkel (ÚPSZ) kapcsolatos indikátorok							
ÚPSZ életprevalencia-értéke	X	-	-	-	X	X	X
ÚPSZ éves prevalencia-ér-téke	X	-	-	-	X	X	X
ÚPSZ havi prevalencia-ér-téke	X	-	-	-	X	X	X
ÚPSZ megjelenési formája	X	-	-	-	X	X	-
ÚPSZ beszerzési módja	X	-	-	-	X	X	-
ÚPSZ rekreációs használata	-	-	-	-	X	X	X
ÚPSZ észlelt fogyasztása	--	-	-	-	X	X	X
ÚPSZ észlelt hozzáférhető-sége		-	-	-	X	X	-
ÚPSZ fogyasztásnak való kitettség	-	-	-	-	X	X	-

6 Az EMCDDA (2002) ajánlásokban csak a kannabisz első fogyasztására vonatkozóan szerepel a kérdés. Az OLAAP 2019 és a BLS 2019 vizsgálatokban szereplő további szerek: ecstasy, amfetamin, kokain, heroin, más opiátok, LSD, mágikus gomba, inhalánsok.

7 Severity of Dependence Scale (SDS) (Ferri et al., 2000; Gossop et al., 1995; Gossop et al., 1997).

8 Cannabis Abuse Screening Test (CAST) (Gyepesi et al., 2013; Legleye et al., 2007).

2.2. MELLÉKLET: AZ ALKOHOLFOGYASZTÁS BECSLÉSÉRE ALKALMAZOTT INDIKÁTOROK

Az OLAAP 2019 és a BLS 2019 kutatásokban az alkoholfogyasztás becslésére alkalmazott indikátorok és ezek kompatibilitása a nemzetközi ajánlásokkal és a korábbi hazai vizsgálatokkal

Indikátorok	Kompatibilitások							OLAAP 2019	BLS 2019
	EMQ 2002	WHO[9]	SMART 2011[10]	ADE 2001	ADE 2003	OLAAP 2007	OLAAP 2015		
Havi prevalencia és fogyasztási gyakoriság	X	-	-	X	X	X	X	X	X
Éves prevalencia és fogyasztási gyakoriság	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Szokásos alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége	-	X	-	-	X	X	X	X	X
Éves prevalencia és gyakoriság italfajtánkként	X	X	X	-	X	X	X	X	-
Előző évi mennyiség italfajtánkként	X	X	X	-	X	X	X	X	-
Nagyivás éves prevalencia-értéke és gyakorisága[11]	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Nagyivás időtartama	-	-	X	-	-	-	X	X	X
Lerészegedés éves prevalencia-értéke és gyakorisága	-	-	X	X	X	X	X	X	X
Lerészegedés havi prevalencia-értéke és gyakorisága	-	-	-	X	X	X	X	X	X
Rekreációs célú használat	-	-	-	-	X	X	X	X	X
Első alkoholfogyasztás életkora	-	-	-	X	X	X	X	X	X

9 Ez az oszlop a WHO (2000) minimum kérdései, illetve bővített kérdéssora mellett a WHO egyesített egészségügyi interjús survey (De Bruin et al., 1996) ajánlásaival való kompatibilitásokat is tartalmazza.

10 Standardizing Measurement of Alcohol Related Troubles (SMART, 2011).

11 Az OLAAP 2019 és a BLS 2019 kutatások a nagyivást két ivási mennyiség vonatkozásában vizsgálták. Egyrészt a rohamivás (Binge Drinking), azaz legalább 5 vagy több ital (legalább 60 mg tiszta alkohol), másrészt az extrém intenzitású ivás (High-Intensity Drinking [Patrick & Azar, 2018]), azaz 10 vagy több ital (legalább 120 mg tiszta alkohol) egy alkalommal való elfogyasztása tekintetében. A korábbi hazai kutatásokban azonban a nagyivásra vonatkozó kérdések 6 vagy több ital elfogyasztására kérdeztek rá.

Indikátorok	Kompatibilitások							OLAAP 2019	BLS 2019
	EMQ 2002	WHO[9]	SMART 2011[10]	ADE 2001	ADE 2003	OLAAP 2007	OLAAP 2015		
Első berúgás életkora	-	-	-	X	X	X	X	X	X
AUDIT	-	X	X	-	-	X	X	X	X
Alkoholprobléma miatt ambuláns ellátás	-	-	-	X	X	X	X	X	X
Alkoholprobléma miatt kórházi ellátás	-	-	-	X	X	X	X	X	X
Alkoholprobléma miatt rendőrségi ügy	-	-	-	X	X	X	X	X	X

2.3. MELLÉKLET: A PSZICHOAKTÍVSZER-HASZNÁLATTAL KAPCSOLATOS TÁRSADALMI VISZONYULÁSOK BECSLÉSÉRE ALKALMAZOTT INDIKÁTOROK

Az OLAAP 2019 és a BLS 2019 kutatásokban a pszichoaktívszer-használattal kapcsolatos társadalmi viszonyulások becslésére alkalmazott indikátorok és ezek kompatibilitása (X-szel jelölve) a nemzetközi ajánlásokkal és a korábbi hazai vizsgálatokkal

OLAAP 2019 vizsgálatban alkalmazott indikátorok	Kompatibilitások						
	EMCDDA (EMQ)	ADE 2001	ADE 2003	OLAAP 2007	OLAAP 2015	OLAAP 2019	BLS 2019
Dohányzással kapcsolatos társadalmi viszonyulások							
Rendszeres dohányzás helytelenítése		X	X	X	X	X	
Rendszeres dohányzással (napi egy vagy több doboz cigaretta elszívásával) kapcsolatos veszélyészlelés	X	X	X	X	X	X	
Alkoholfogyasztással/alkoholfogyasztókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások							
Rendszeres alkoholfogyasztás helytelenítése		X	X	X	X	X	
Nagyivással (öt vagy több ital elfogyasztása minden hétvégén) kapcsolatos veszélyészlelés	X	X	X	X	X	X	
Társadalmi távolság skála:[12] iszákosok megítélése		X	X	X	X	X	
Alkoholpolitikával kapcsolatos attitűdök: az alkoholizmus megelőzésének/ kezelésének fontossága más társadalmi problémákhoz képest		X	X	X	X	X	
Drogfogyasztással/drogfogyasztókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások							
Drogfüggők megítélése (beteg vagy bűnöző)	X	X	X	X	X	X	
Drogpolitikával kapcsolatos attitűdök: meg kellene engedni egyes szerek fogyasztásá[t13]	X	X	X	X	X	X	
Drogpolitikával kapcsolatos attitűdök: különböző drogpolitikákat leképező állítások közötti választás			X		X	X	
Drogpolitikával kapcsolatos attitűdök: a kábítószer-fogyasztás megelőzésének/kezelésének fontossága más társadalmi problémákhoz képest.		X	X	X	X	X	
Marihuána/hasis kipróbálás helytelenítése		X	X	X	X	X	

12 Bogardus, 1927, 1967.

13 EMCDDA (2002) által kérdezett szerek: marihuána/hasis, heroin. Hazai vizsgálatok: + amfetamin, kokain.

OLAAP 2019 vizsgálatban alkalmazott indikátorok	Kompatibilitások						
	EMCDDA (EMQ)	ADE 2001	ADE 2003	OLAAP 2007	OLAAP 2015	OLAAP 2019	BLS 2019
Marihuána/hasis alkalmi fogyasztásának helytelenítése	X	X	X	X	X	X	
Marihuána/hasis rendszeres használatának helytelenítése		X	X		X	X	
ÚPSZ kipróbálásának helytelenítése					X	X	
ÚPSZ rendszeres használatának helytelenítése					X	X	
Ecstasy kipróbálásának helytelenítése	X	X	X	X	X	X	
Heroin kipróbálásának helytelenítése	X	X	X	X	X	X	
Marihuána/hasis kipróbálásával kapcsolatos veszélyészlelés		X	X	X	X	X	
Marihuána/hasis alkalmi fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelés		X	X	X	X	X	
Marihuána/hasis rendszeres használatával kapcsolatos veszélyészlelés	X	X	X	X	X	X	
ÚPSZ kipróbálásával kapcsolatos veszélyészlelés					X	X	
ÚPSZ rendszeres használatával kapcsolatos veszélyészlelés					X	X	
Kokain kipróbálásával kapcsolatos veszélyészlelés	X	X	X	X	X	X	
Ecstasy kipróbálásával kapcsolatos veszélyészlelés	X	X	X	X	X	X	
Társadalmi Távolság Skála: kábítószeresek megítélése		X	X	X	X	X	
Társadalmi Távolság Skála: kannabiszhasználók megítélése				X	X	X	
Visszaélésszerű gyógyszerfogyasztással kapcsolatos társadalmi viszonyulások							
Orvosi rendelvény nélküli nyugtatóhasználat kipróbálás helytelenítése		X	X	X	X	X	
Orvosi rendelvény nélküli nyugtatóhasználat kipróbálásával kapcsolatos veszélyészlelés		X	X	X	X	X	
Orvosi rendelvény nélküli rendszeres nyugtatóhasználattal kapcsolatos veszélyészlelés		X	X	X	X	X	

3. A MAGYARÁZÓ MODELLEK SORÁN ALKALMAZOTT VÁLTOZÓSZETT

A különböző szerhasználó magatartások és viselkedési addikciók szociodemográfiai és pszichológiai mintázódásainak elemzése során alkalmazott magyarázó változók

Elsődlegesen alkalmazott változók		**Alternatív (kutatói döntés alapján alkalmazott) változók**	
Változó név	**Változó értékek**	Változó név	Változó értékek
Nem	1 - férfi		
	2 - nő		
Életkor (2018-a2)	folytonos változó	Korcsoport (rétegkategóriák szerint)	1 - 18–24 éves
			2 - 25–34 éves
			3 - 35–44 éves
			4 - 45–54 éves
			5 - 55–64 éves
Településméret	1 - ≤999 lakos	Településméret - összevont	1 - <50 000
	2 – 1000–4999 lakos		2 - 50 000≤ (kivéve Bp.)
	3 - 5000–9999 lakos		3 – Bp.
	4 - 10000–49999 lakos	Lakhely	0 - Vidék
	5 - 50000–149999 lakos		1 – Bp.
	6 - 150000≤ lakos		
	7 – Bp.		
Várható legmagasabb iskolai végzettség	1 - < 8 általános	Várható iskolai végzettség - összevont	1 - 8 átalános vagy kevesebb
	2 - 8 általános		2 - szakmunkásképző
	3 - szakmunkásképző		3 - érettségi
	4 - érettségi		4 – felsőfok / egyetem utáni képzés
	5 - felsőfok		
	6 - egyetem utáni képzés		
Szakképzettség megléte	0 - nincs		
	1 - van		
Intergenerációs képzettségi mobilitás	1 - felfelé mobil		
	2 - nem mobil		
	3 - lefelé mobil		
Munkaerőpiaci aktivitás	0 - nincs kereső tevékenysége	Munkavégzéssel töltött órák száma	folytonos változó
	1 - van kereső tevékenysége		

Elsődlegesen alkalmazott változók		**Alternatív (kutatói döntés alapján alkalmazott) változók**	
Változó név	**Változó értékek**	Változó név	Változó értékek
Háztartásméret	folytonos változó	Együttélő partnerkapcsolat megléte	0 – nincs együttélő kapcsolata
			1 – van együttélő kapcsolata
Családban előforduló kockázati/ deviáns magatartások száma	folytonos változó		
Vallásosság	1 - vallásos, az egyház tanításait követi	Vallásosság – összevont	1 – vallásos (az egyház tanításait követi / maga módján vallásos)
	2 - vallásos a maga módján		2 - nem tudja
	3 - nem tudja		3 - nem vallásos / ateista
	4 - nem vallásos / ateista		
Anómia-összpontszám	folytonos változó		
Társas integráció index	folytonos változó		
Hátrányos anyagi helyzet index	folytonos változó	Deprivációs index	folytonos változó
		A háztartás szubjektív anyagi helyzete	1 - kényelmesen megélünk a jelenlegi jövedelmünkből
			2 - kijövünk a jelenlegi jövedelmünkből
			3 - nehezen élünk meg a jelenlegi jövedelmünkből
			4 - nagyon nehezen élünk meg a jelenlegi jövedelmünkből
		A háztartás relatív anyagi helyzetének kérdezett általi percepciója	1 - magasan a legjobbak között van
			2 - sokkal jobb az átlagnál
			3 - valamivel jobb az átlagnál
			4 - átlagos
			5 - valamivel rosszabb az átlagnál
			6 - sokkal rosszabb az átlagnál
			7 - a legrosszabbak között van
		Háztartás nettó havi jövedelme	125 ezer Ft vagy kevesebb
			126–180 ezer Ft
			181–255 ezer Ft
			256–380 ezer Ft
			381–400 ezer Ft
			>400 ezer Ft

Elsődlegesen alkalmazott változók		**Alternatív (kutatói döntés alapján alkalmazott) változók**	
Változó név	**Változó értékek**	Változó név	Változó értékek
Élettel való elégedettség (általános) index	folytonos változó	Társas kapcsolatokkal való elégedettség	folytonos változó
		Anyagi körülményekkel és munkával való elégedettség	folytonos változó
		Egészséggel való elégedettség	folytonos változó
WHO Általános jóllét	folytonos változó		
Impulzivitás	folytonos változó		
Szenzoros élménykeresés	folytonos változó		
Rumináció	folytonos változó		
Aggodalmaskodás	folytonos változó		
Testi tünetek	folytonos változó		
Mentalizáció: bizonyosság	folytonos változó		
Mentalizáció: bizonytalanság	folytonos változó		

FELHASZNÁLT IRODALOM

Bogardus, E. S. (1927). Race friendliness and social distance. *Journal of Applied Sociology*, 11, 272–287.

Bogardus, E. S. (1967). Measuring social distances. In Fishbein, M. (ed.): *Readings in Attitude Theory and Measurement.* (pp. 71–76.) New York, NY: John Wiley and Sons.

De Bruin, A. Picavet, H. S. J. & Nossikov, A. (1996). *Health Interview Surveys: Towards International Harmonization of Methods and Instruments.* (WHO Regional Publications, European Series, No. 58.) WHO Health Organization. Regional Office for Europe: Copenhagen. https://apps.who.int/iris/handle/10665/107328

EMCDDA (2002). *Handbook for surveys on drug use among the general population.* EMCDDA: Lisbon, Portugal. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/Handbook_for_surveys_on_drug_use_among_the_general_population_-_2002_106510.pdf

EMCDDA (2015). *Voluntary EMQ Module for monitoring use of New (and not so new) Psychoactive Substances (NPS) in General Adult Population Surveys and School Surveys.* Lisbon, Portugal: EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/10582/EMQ%20Voluntary%20Module%20on%20New%20Psychoactive%20Substances%20%28NPS%29.pdf

Elekes Zs. & Paksi B. (2004). *A 18–54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai.* Kutatási Beszámoló, Budapest: NKFP. https://viselkedeskutato.hu/index.php?option=com_attachments&task=download&id=57&lang=hu

Ferri, C. P., Marsden, J., de Araujo, M., Laranjeira, R. R. & Gossop., M. (2000). Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. *Drug and Alcohol Review*, *19*(4), 451–455. https://doi.org/10.1080/713659418

Gossop, M., Best, D., Marsden, J. & Strang, J. (1997). Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale. *Addiction, 92*(3), 353. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1997.tb03205.x

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5), 607–614. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1995.9056072.x

Gyepesi, Á., Urbán, R., Farkas, J., Kraus, L., Piontek, D., Paksi, B., Horváth, G., Magi, A., Eisinger, A., Pilling, J., Kökönyei, Gy., Kun, B. & Demetrovics, Zs. (2013). Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian Samples of Adolescents and Young Adults. *European Addiction Research,* 20(3), 119–128.

Legleye, S., Karila, L., Beck, F. & Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a Cannabis Abuse Screening Test in general population. *Journal of Substance Use*, 12, 233–242.

Paksi B. (2003). *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan.

Paksi B., Rózsa S., Kun B., Arnold P. & Demetrovics Zs. (2009). A magyar népesség addiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné* és *Pszichoszomatika, 10*(4), 273–300. https://doi.org/10.1556/mental.10.2009.4.1

Paksi B., Demetrovics Zs., Magi A. & Felvinczi K. (2017). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 19(2), 55–85. http://epa.oszk.hu/02400/02454/00066/pdf/EPA02454_neuropsychopharmacologia_hungarica_2017_02_055-085.pdf

Patrick, M. E. & Azar, B. (2018). High-Intensity Drinking. *Alcohol Research: Current Reviews,* 39(1), 49–55.

SMART (2011). Questionnaire: Standardizing Measurement of Alcohol Related Troubles. Warsaw: Institute of Psychiatry and Neurology. http://www.drugsandalcohol.ie/15683/1/SMART_questionnaire.pdf

WHO (2000). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Department of mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Disease and mental Health Cluster. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66529/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf;jsessionid=CC81127C1160BD1370034C7068BCB9B8?sequence=1